

INTERPERSONELLE UND SOZIOKOGNITIVE FAKTOREN DER TRAUMABEWÄLTIGUNG BEI KRIMINALITÄTSOPFERN

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der
Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von
Julia Müller

Deutschland

Angenommen auf Antrag von Frau Prof. Dr. Ulrike Ehlert
und Herrn Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

Druckerei Gaffuri AG, Bern, 2003

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Infolge fehlender sozialer Unterstützung und/oder Gesellschaftlicher Wertschätzung als Opfer fühlen sich Traumatisierte häufig unverstanden. Sie ziehen sich noch stärker von zwischenmenschlichen Kontakten zurück, was die Verarbeitung und Bewältigung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTB) verhindern kann. Eng damit verknüpft ist das Offenlegen der traumatischen Erfahrungen (*disclosure*), dem eine wichtige Rolle bei Traumabewältigung zugesprochen wird. **Fragestellung:** Lässt sich PTB-Symptomatik durch interpersonelle und soziokognitive Faktoren vorhersagen? **Methode:** In einer ersten Studie an 178 ehemals politisch Inhaftierten in der DDR wurden zwei Fragebögen zu den zwei interpersonellen und soziokognitiven Konzepten „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ und „Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer/Überlebender“ konstruiert. Diese wurden in einer Stichprobe von 151 Kriminalitätsopfern gemeinsam mit Skalen zur Erhebung der PTB-Symptomatik (IES-R), der allgemeinen Psychopathologie (BSI), dem Gesundheitsstatus (SF-36), der kognitiven Traumaverarbeitung (PTCI) und der sozialen Unterstützung (F-SozU) eingesetzt. Des weiteren wurde das Kommunikationsverhalten anhand schriftlicher Traumaberichte der Kriminalitätsopfer untersucht. **Ergebnisse:** Personen mit und ohne PTB-Symptome unterschieden sich signifikant in den untersuchten Variablen voneinander. Die beiden Variablen erbrachten zusätzlich zu bekannten PTB-Prädiktoren Varianzaufklärung der PTB-Symptomatik. Entgegen der Erwartungen unterschieden sich die Traumaberichte von Personen mit und ohne PTB nicht hinsichtlich ihrer Fragmentierung und ihres schriftlichen emotionalen Ausdrucks. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse demonstrieren die wichtige Bedeutung interpersoneller und soziokognitiver Einflussfaktoren auf die PTB-Symptomatik zusätzlich zu bekannten psychologischen Prädiktoren.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung • Kriminalitätsoffer • soziokognitive und interpersonelle Prädiktoren • Traumabewältigung • Disclosure • gesellschaftliche Wertschätzung

Abstract

Theoretical background: Due to missing social support and/or societal acknowledgement as a victim, traumatized people often feel misunderstood. Their tendency to withdraw even more from interpersonal contacts may prevent the processing of traumatic experiences and the recovery from posttraumatic stress disorder (PTSD). The disclosure of the traumatic experiences, which seems to play an important role in recovery from PTSD, is closely linked with this. **Objective:** To investigate whether PTSD symptomatology can be predicted by interpersonal and socio-cognitive factors. **Method:** In a first study with 178 formerly political prisoners in the GDR two questionnaires concerning the two interpersonal and socio-cognitive concepts “disclosure of traumatic experiences” and “societal acknowledgement as a victim” were constructed. Together with scales recording PTSD-symptomatology (IES-R), general psychopathology (BSI), health status (SF-36), cognitive trauma processing (PTCI) and social support (F-SozU), these questionnaires were used in a sample of 151 crime victims. Moreover, communication was examined on the basis of the crime victims’ trauma narratives. **Results:** Subjects with and without PTSD symptoms differed significantly in the examined variables. The two variables explained additional PTSD-variance to already well-known PTSD-predictors. Counter the expectations, subjects with and without PTSD did not differ according to the fragmenting and written emotional expression of their trauma narratives. **Conclusion:** The results demonstrate the importance of interpersonal and socio-cognitive factors concerning PTSD-symptomatology, in addition to well-known psychological predictors.

Keywords: Posttraumatic stress disorder • Crime victims • socio-cognitive and interpersonal predictors • recovery • disclosure • acknowledgement as a victim

Inhaltsverzeichnis	iv
Tabellenverzeichnis	viii
Abbildungsverzeichnis	ix
Danksagung	x
Erläuterungen zur Textgestaltung und Abkürzungsverzeichnis	xi

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Beschreibung des Störungsbildes.....	4
2.1 Bezeichnung.....	4
2.2 Definitionen	6
2.2.1 <i>Traumata</i>	6
2.2.2 <i>Symptome und aktuelle Kriterien der PTB</i>	8
2.3 Epidemiologie.....	10
2.4 Komorbidität und Verlauf	11
2.5 Risikofaktoren	13
3. Überblick über aktuellen Theorien zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung der PTB ...	15
3.1 Behaviorale Modelle	15
3.2 Kognitive Modelle	16
3.2.1 <i>Furchtstrukturmodell.....</i>	16
3.2.2 <i>Das kognitive Modell von Ehlers und Clark.....</i>	18
3.2.3 <i>Veränderte kognitive Schemata</i>	20
3.3 Psychobiologische Modelle.....	22
3.3.1 <i>Neuroendokrine Veränderungen</i>	22
3.3.2 <i>Psychophysiologische Veränderungen</i>	23
3.3.3 <i>Neuromorphologische Veränderungen</i>	24
3.4 Ein multifaktorielles Rahmenmodell	26
4. Interpersonelle und soziokognitive Faktoren der Traumabewältigung	30
4.1 Offenlegen traumatischer Erfahrungen.....	31
4.1.1 <i>Disclosurebefunde in nichtklinischen Stichproben</i>	31
4.1.2 <i>Disclosurebefunde bei körperlich Erkrankten ..</i>	34
4.1.3 <i>Disclosurebefunde in Traumastichproben.....</i>	35

4.1.4	<i>Erklärungsversuche für die Wirkung von Disclosure</i>	37
4.1.5	<i>Erfassung von Disclosure</i>	42
4.2	Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer	43
4.2.1	<i>Befunde zur sozialen Unterstützung</i>	45
4.2.2	<i>Befunde zum negativen gesellschaftlichen Empfang von Kriegsveteranen.....</i>	46
4.2.3	<i>Einflussfaktoren auf soziale Unterstützung</i>	48
4.2.4	<i>Kritik an bisherigen Forschungsmethoden.....</i>	51
4.2.5	<i>Erfassung sozialer Interaktionsprozesse</i>	52
5.	Fragestellungen und Ziele.....	55
6.	Untersuchungsdesign und allgemeines Vorgehen	58
7.	Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen	60
7.1	Einleitung	60
7.2	Das Disclosure-Konzept	63
7.3	Methodik.....	66
7.3.1	<i>Untersuchungsteilnehmer</i>	66
7.3.2	<i>Messinstrumente.....</i>	66
7.3.3	<i>Datenauswertung.....</i>	67
7.4	Ergebnisse	68
7.4.1	<i>Störungsausmaß.....</i>	68
7.4.2	<i>Itemselektion und Faktorenstruktur.....</i>	68
7.4.3	<i>Eigenschaften der Skalen</i>	72
7.5	Diskussion	74
8.	Prädiktion der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriminalitätsoptionen: Die Rolle interpersoneller und soziokognitiver Faktoren	78
8.1	Einleitung	78

8.1.1	<i>Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung</i>	78
8.1.2	<i>Offenlegen traumatischer Erfahrungen („Disclosure“).....</i>	80
8.2	Methode	82
8.2.1	<i>Vorgehen.....</i>	82
8.2.2	<i>Untersuchungsteilnehmer</i>	82
8.2.3	<i>Selbstbeurteilungsfragebögen.....</i>	82
8.3	Datenanalyse	86
8.4	Ergebnisse	87
8.4.1	<i>Kennzeichen des Traumas und Traumaexposition.....</i>	87
8.4.2	<i>Prävalenz von PTB-Symptomen</i>	87
8.4.3	<i>Psychopathologie und Gesundheitszustand ...</i>	88
8.4.4	<i>Soziale Unterstützung</i>	88
8.4.5	<i>Interpersonelle und soziokognitive Variablen..</i>	90
8.4.6	<i>Multivariate Zusammenhänge</i>	90
8.5	Diskussion	95
9.	Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung: Eine Untersuchung anhand von Fragebogen- und Textanalysevariablen	102
9.1	Einleitung.....	102
9.1.1	<i>Befunde zum Kommunikationsverhalten.....</i>	103
9.1.2	<i>Erklärungsansätze für die Wirkung von Disclosure.....</i>	107
9.2	Methodik der eigenen Untersuchung.....	116
9.3	Ergebnisse.....	121
9.3.1	<i>Ergebnisse anhand des Fragebogens</i>	121
9.3.2	<i>Ergebnisse der Textanalysen.....</i>	123
9.4	Diskussion	126
10.	Diskussion	133
10.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit Befunden in der Literatur	133

10.1.1	<i>Offenlegen traumatischer Erfahrungen</i>	136
10.1.2	<i>Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer</i>	140
10.1.3	<i>Prädiktion der PTB durch interpersonelle und soziokognitive Variablen</i>	142
10.1.4	<i>Textanalyse</i>	143
10.2	Diskussion der Befunde in Hinblick auf die Forschungsliteratur und offene Fragen	146
10.2.1	<i>Offenlegen traumatischer Erfahrungen</i>	146
10.2.2	<i>Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer</i>	153
10.2.3	<i>Einschränkungen und weiterführende Vorschläge</i>	158
10.3	Implikationen für Theorie und Therapie	162
11.	Literaturverzeichnis	166
12.	Anhang	191

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Einteilung traumatischer Ereignisse und schematische Zuordnung des Risikogrades für die Ausbildung Posttraumatischer Belastungsstörungen.*
- Tabelle 2: Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV.*
- Tabelle 3: Offenes Erzählen: Faktorenmuster der Drei-Faktoren-Lösung (Hauptkomponentenanalyse, Obliminrotation, ($\Delta = 0$) für die Gesamtstichprobe ($N = 178$).*
- Tabelle 4: Offenes Erzählen: Mittelwert, Standardabweichung, Cronbachs Alpha und Retest-Reliabilitäten für die drei Skalen.*
- Tabelle 5: Interskalen-Korrelationen des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen.*
- Tabelle 6: Pearson-Korrelationen zwischen der PTB-Belastung, allgemeiner Psychopathologie, subjektiver Gesundheit und den Prädiktoren.*
- Tabelle 7: Hierarchische Regressionsanalysen für die Prädiktion der drei IES-Subskalen Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Hyperarousal der allgemeinen Psychopathologie (BSI, Globaler Symptom-Index) und der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit (SF-36, körperliche Summenskala).*
- Tabelle 8: Gruppenvergleich der Fragebogen- und Textanalysewerte (Gesamtgruppe und Teilgruppe Männer).*

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Multifaktorielles Rahmenmodell Posttraumatischer Belastungsstörungen (nach Maercker, 2003).*
- Abbildung 2: Offenes Erzählen: Parallel-Analyse - Empirischer und Zufallseigenwertverlauf.*
- Abbildung 3: Unique und geteilte prädiktive Varianzanteile der Basisvariablen, Posttraumatisch veränderten Kognitionen, Gesellschaftlichen Wertschätzung und Disclosure auf die IES-Skala Intrusionen (basierend auf Kommunalitätsanalysen).*
- Abbildung 4: Hypothetisches Modell für den Zusammenhang zwischen Disclosure und der Befindlichkeit nach Traumatisierung.*

Danksagung

Danken möchte ich zuallererst den Teilnehmern der Studie, denen diese Arbeit gewidmet ist. Ihre Antworten auf unsere Fragen sind die Grundlage dieser Arbeit. Die Beteiligung an der Befragung bedeutete für sie nicht nur Zeitaufwand, sondern vor allem schmerzliche und aufwühlende Erinnerungen an ihre Erfahrungen. Trotz der absehbaren Belastung, die diese Befragung bedeutete, beteiligten sich viele der angeschriebenen Opfer ein- bis zweimal an der Studie. Ich hoffe sehr, dass die Ergebnisse weiteren Einblick in die Folgen von Traumatisierung bringen und für Traumaopfer sinnvoll in die Praxis umgesetzt werden können.

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Projekts *Interpersonelle und soziokognitive Faktoren der Bewältigung Posttraumatischer Belastungsstörungen*. Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker leitete das Projekt und betreute meine Dissertation. Von ihm habe ich durch seine Herangehensweise an das Thema, seine Anregungen, seine Unterstützung und nicht zuletzt durch sein Vertrauen in mich, viele wertvolle Dinge gelernt. Ihm möchte ich deswegen besonders danken. Mein besonderer Dank gilt auch Frau Prof. Dr. Ulrike Ehlert, die mich in der Abschlussphase meiner Arbeit persönlich und inhaltlich unterstützt hat.

Meinen Kollegen, die direkt und indirekt am Gelingen der Arbeit beteiligt waren, möchte ich ebenfalls herzlich danken. Sowohl an der TU Dresden, wo das Projekt begann, als auch an der Universität Zürich, wo die letzte Projektphase stattfand, erhielt ich neben Interesse an meiner Arbeit und fachlichen Anregungen dazu viel persönliche Unterstützung und Ablenkung, erlebte Freude und Freundschaft. Das machte es mir leicht, meine Begeisterung für die Arbeit aufrechtzuerhalten. Unnennbare Unterstützung kam von meiner Familie und meinen Freunden, die mir Alltag boten und viel zu viel Verständnis zeigten.

Zuletzt von Herzen Dank an Lukas, der große Verwirrung in meinem Leben stiftete, mit großer Begeisterung meinen Ausführungen zuhörte, mich hilfreich beriet und unterstützte.

Erläuterungen zur Textgestaltung und Abkürzungsverzeichnis

Bei der Darstellung des Textes orientierte ich mich an den „Richtlinien zur Manuskriptgestaltung“ der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (1997). Dies betrifft insbesondere die Darstellung der statistischen Textteile, Tabellen, Fußnoten, Quellenangaben und des Literaturverzeichnisses. Es wurden nicht schweizerische sondern deutsche Rechtschreibregeln verwendet.

Der Lesbarkeit und Kürze halber wurden Personenbezeichnungen ausschließlich in der männlichen Form verwendet. Diese gelten selbstverständlich gleichermaßen für Männer und Frauen.

Lange, zusammengesetzte Worte wurden zur besseren Lesbarkeit mit Bindestrich geschrieben. Sehr lange Fachtermini wurden vorzugsweise abgekürzt. Die verwendeten Abkürzungen werden im Text genau definiert. Zur Übersicht werden im Folgenden die häufigsten Abkürzungen aufgeführt.

- | | |
|--------|---|
| APA | „American Psychiatric Association“. Amerikanische Psychiatrische Vereinigung für psychische Störungen. |
| BSI | „Brief Symptom Inventory“ Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychischer Beschwerden. Kurzform der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) von Derogatis (1977). In vorliegender Arbeit werden nur die Ergebnisse des „Globalen-Symptom-Index“ dargestellt (BSI-GSI). Beschreibung in Kapitel 8. |
| DSM | „Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen). Diagnosesystem der APA, derzeit gültige Version ist die vierte Fassung (DSM-IV). |
| F-SozU | „Fragebogen zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung“ (Sommer & Fydrich, 1991). Beschreibung in Kapitel 7. |

ICD	„International Classification of Diseases“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen). Diagnosesystem der World Health Organization (WHO, Weltgesundheitsorganisation). Derzeit ist die zehnte Version gültig (ICD-10).
IES-R	“Impact of Event Scale - Revised”, Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Originalversion: IES, Weiss & Marmar, 1997; dt. Maercker & Schützwohl, 1998. Beschreibung in Kapitel 7.
M	Arithmetisches Mittel („Mittelwert“); statistisch-deskriptiver Kennwert.
N	Anzahl der in die Berechnung eingehenden Untersuchungsteilnehmer.
PTB	Posttraumatische Belastungsstörung, psychische Störung infolge eines Traumas. Im DSM-IV den „Angststörungen“ und im ICD-10 den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zugeordnet.
PTCI	“Posttraumatic Cognitions Inventory” erfasst posttraumatische kognitive Veränderungen. Der von Foa, Ehlers, Clark, Tolin und Orsillo (1999) entwickelte Fragebogen wird in Kapitel 8 ausführlich dargestellt.
SD	Standardabweichung (Abkürzung von engl. “standard deviation”); statistisch-deskriptiver Kennwert.
SF-12	Kurzform des “Short Form - 36 Health Survey” (Ware & Sherbourne, 1992; dt. Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995). Misst die gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit der vergangenen vier Wochen. In vorliegender Arbeit werden nur die Ergebnisse der beiden Sekundärskalen „Körperliche Summenskala“ und „Psychische Summenskala“ dargestellt. Beschreibung in Kapitel 8.

1. Einleitung

Ereignisse wie der Krieg im ehemaligen Jugoslawien, der Terroranschlag vom 11.09.2001 auf das World Trade Center in New York, Geiselnahmen oder Naturkatastrophen sind in unserem Alltag nahezu allgegenwärtig. Aber auch weniger spektakuläre, häufige schreckliche Ereignisse wie Verkehrsunfälle und Gewaltkriminalität oder körperliche und sexuelle Misshandlungen sind oft besprochenes Thema in der Öffentlichkeit. Dass solche als ‚traumatisch‘ bezeichneten Extremlastungen („Traumata“) neben körperlichen Beeinträchtigungen auch oft psychische Konsequenzen haben, gehört mittlerweile zum Allgemeinwissen der Bevölkerung.

Der nicht unmittelbar betroffenen Allgemeinheit gelingt es meist schnell wieder, solche Ereignisse aus ihrem Gedächtnis zu verbannen. Für direkt betroffene Traumaopfer gilt das Sprichwort „die Zeit heilt alle Wunden“ allerdings oft nicht. Sie leiden häufig noch jahrelang unter den Folgen der Extremlastungen. Typische ‚post-traumatische‘ psychische Folgen sind das ständige schmerzliche Wiedererleben der Situation, Alpträume, erhöhte Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit sowie Auswirkungen im sozialen Bereich. Diese Symptome werden seit 1980 unter dem Begriff Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) in den offiziellen Klassifikationsmanualen psychischer Störungen zusammengefasst. Die Diagnose wurde lange Zeit als „Aschenputtel der Angststörungen“ betrachtet. Shalev (2000) erklärt dies durch das Unbehagen der Fachwelt aufgrund der notwendigerweise externen PTB-Verursachung sowie durch das lange Zeit unklare, zudem wenig erfolgversprechende, therapeutische Vorgehen. In der Zwischenzeit wird die Forschung zu den Folgen traumatischer Erlebnisse jedoch als sehr produktiv eingeschätzt. Während im englischsprachigen Raum Veröffentlichungen zu Epidemiologie, Pathogenese und Therapie der PTB derzeit zahlenmäßig die der anderen psychischen Störungen überträfen, seien im deutschen Sprachraum Forschung und Fachliteratur allerdings (noch) eher spärlich (Maercker, 1999). Das zunehmende Interesse an der Diagnose

wird durch eine erhöhte gesellschaftliche Aufmerksamkeit für Menschenrechte, Gewalt, Katastrophen und ihre Konsequenzen erklärt. Jedoch sei auch die Betonung der neurobehaviouralen Wissenschaften über Gehirnplastizität und Genforschung und der paradigmatischen Rolle traumatischer Ereignisse als Trigger solcher Reaktionen dafür von großer Bedeutung (Shalev, 2000).

Ursprünglich wurde die PTB als „*normale Reaktion*“ auf überwältigende psychische Traumata (d.h. Extremlastungen) konzeptualisiert. Es entwickeln jedoch nicht alle Menschen nach dem Erleben eines Traumas eine solche Störung. Deswegen muss davon ausgegangen werden, dass die Traumaexposition allein für die PTB-Entwicklung nicht ausreichend ist. Stattdessen wird das traumatische Erlebnis als Auslöser für eine Reaktion angesehen, die mindestens ebenso stark durch Prä- und Posttraumafaktoren beeinflusst wird (King, King, Fairbank & Adams, 1998; Yehuda, 2000). Nach wie vor ist allerdings nicht hinreichend geklärt, warum manche Menschen nach einem traumatischen Erlebnis eine PTB entwickeln und andere vergleichbare Erfahrungen nahezu unbeschadet überstehen. Zur Beantwortung dieser Frage wurden bislang u.a. verschiedene Trauma- und Personenvariablen sowie individuelle Unterschiede der kognitiven Traumawahrnehmung, -interpretation und -verarbeitung als PTB-Prädiktoren untersucht (z.B. Ehlers & Clark, 1999; Ehlers, Maercker & Boos, 2000). Obwohl ihr Einfluss auf die Traumaverarbeitung unumstritten ist, ist die Erklärungskraft der bisher überprüften Variablen für die interindividuellen Unterschiede bei der PTB-Entwicklung nicht ausreichend. Ziel des Forschungsprojektes, in dessen Rahmen diese Dissertation stattfand, war deswegen die Untersuchung interpersoneller und soziokognitiver Prädiktoren, die bislang lediglich diskutiert (Fontana & Rosenheck, 1994), im Zusammenhang mit Traumabewältigung aber nicht untersucht worden sind.

Zur Orientierung gebe ich im Folgenden einen Überblick über die einzelnen Kapitel der vorliegenden Arbeit. Zunächst werden die bisherigen Entwicklung des Verständnisses von Reaktionen auf

Extrembelastungen, eine Definition traumatischer Ereignisse und ihrer Folgen, sowie Befunde zur Posttraumatischen Belastungsstörung kurz dargestellt (Kapitel 2). Für weitere Ausführungen verweise ich auf Grundlagenliteratur (wie z.B. Ehlers & Steil, 1995; Maercker, 1999; Nutt, Davidson & Zohar, 2000). In Kapitel 3 wird der aktuelle psychologische Forschungsstand zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung dargestellt. Aus diesem leitet sich die Relevanz der untersuchten Variablen ab, die in Kapitel 4 vorgestellt werden. In Kapitel 5 finden sich die Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit. Das Untersuchungsdesign und das allgemeine Vorgehen der Studie werden in Kapitel 6 erläutert. In den Kapiteln 7 und 8 werden die Ergebnisse der durchgeführten Studien dargestellt, die sich auf die beiden untersuchten interpersonellen und soziokognitiven Variablen beziehen. Kapitel 7 beschreibt die Entwicklung eines quantitativen Forschungsinstrumentes zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen, das Grundlage weiterer Untersuchungen war. In Kapitel 8 werden die Analysen zur Vorhersagekraft der Belastung durch PTB-Symptome bzw. der allgemeinen Psychopathologie und des Gesundheitszustands durch die untersuchten interpersonellen und soziokognitiven Faktoren vorgestellt und diskutiert. In Kapitel 9 wird eine Analyse schriftlicher Traumaberichte und deren Ergebnisse dargestellt. Zum Abschluss werden die Befunde zusammenfassend diskutiert und Implikationen für die Theorie und Therapie der PTB sowie Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung zu Traumfolgen und Posttraumatischen Belastungsstörungen abgeleitet (Kapitel 10).

2. Beschreibung des Störungsbildes

2.1 Bezeichnung

Ende des 19. Jahrhunderts wurden erstmals systematisch verschiedene Syndrome als Reaktionen auf traumatische Erlebnisse beschrieben („Railway spine“, „Kriegsneurose“, „Unfallneurose“, „Überlebenden-Syndrom“). In ihnen finden sich die Symptome, die auch heute noch als charakteristisch für Reaktionen auf extreme Belastungen erachtet werden: Ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas, Vermeidungsverhalten, emotionale Taubheit und erhöhte Erregung. Dass das traumatische Ereignis tatsächlich die Hauptursache für die Symptome darstellt, wurde allerdings lange bezweifelt. Vielmehr vermutete man neurologische Gründe oder prätraumatische neurotische Konflikte bzw. Simulation und Wunsch nach finanzieller Kompensation („Rentenneurose“) als ursächlich für die Symptomentwicklung (Übersichten dazu Gersons & Carlier, 1992; Kinzie & Goetz, 1996). Mittlerweile hat sich jedoch die Auffassung durchgesetzt, dass auch Personen mit stabiler Persönlichkeit klinisch bedeutsame Symptome entwickeln können, nachdem sie außergewöhnlich schrecklichen Erlebnissen ausgesetzt waren. Das Auftreten einer PTB wurde zum Beispiel beschrieben nach Kriegserfahrungen (Solomon & Mikulincer, 1992), Naturkatastrophen (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), von Menschen verursachten Katastrophen wie Großfeuer (Weisaeth, 1989), politische Inhaftierung (Maercker, 1999), sexuellen und nichtsexuellen Überfällen (Olasov-Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992), Verkehrsunfällen (Blanchard et al., 1995), aber auch im Rahmen beruflicher Tätigkeit, zum Beispiel bei Feuerwehrleuten (Wagner, Heinrichs & Ehler, 1998), Polizisten (Gersons & Carlier, 1994) oder Pflegekräften auf Intensivstationen (Teegen & Müller, 2000).

Aus den verschiedenen klinischen Beobachtungen wurde geschlossen, dass es nach dem Erleben der unterschiedlichsten Extremlastungen eine „gemeinsame Endstrecke“ gibt (Maer-

cker, 1997). Ihre Grundlage, das Erleben von Stress, aktiviere eine komplexe biopsychologische Antwort, die bei manchen Individuen zu einer chronischen psychischen Störung, der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ führe. Die Diagnose wurde deswegen in die einschlägigen diagnostischen Klassifikationssysteme aufgenommen. Im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung für psychische Störungen (DSM-III; APA, 1980) ist die Diagnose seit 1980 unter Angststörungen aufgeführt. In der zehnten Auflage der *Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen* (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) wurde den neuen Erkenntnissen durch Bildung der Kategorie „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)“ Rechnung getragen. Im ICD-10 werden die psychischen Symptome als „direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas“ betrachtet. Das Trauma muss dabei der „primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor“ sein, ohne dessen „Einwirkung“ die Störung „nicht entstanden“ wäre. Die PTB-Diagnose beinhaltet also die vorhandenen Symptome sowie die Assoziation zwischen der Symptomentstehung und einem spezifischen traumatischen Auslöser. Sie ist als gemeinsames pathologisches Resultat aller verschiedenen traumatischen Erfahrungen gedacht. Als einzige der im DSM beschriebenen Störungen hat die PTB-Diagnose eine ätiologische Annahme: Die des traumatischen Stressors als Auslöser. Mit einer Prävalenz von 1% - 9% gehört die PTB zu den häufigeren psychischen Störungen. Forschungsarbeiten führten seit der ersten Aufnahme in das DSM zu einer zweimaligen Veränderung der Kriterien (Steil & Ehlers, 1998).




2.2 Definitionen

2.2.1 *Traumata*

Umgangssprachlich werden viele Situationen, wie z.B. Scheidung oder Arbeitsplatzverlust als „traumatisch“ bezeichnet. Solche „schwachen“ Stressoren führen aber nur bei 0.4% der Betroffenen zu charakteristischen PTB-Symptomen. Aus diesem Grund erscheint es notwendig, den Traumabegriff bei der PTB-Diagnostik relativ eng zu fassen (Kilpatrick et al., 1991, zitiert in Ehlers, 2000). Das erste Kriterium in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM ist deswegen das sogenannte „Traumakriterium“. Die Verfasser des DSM-III-R forderten von einem traumatischen Stressor, dass er „außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungen liegen müsse“ (DSM-III-R, APA, 1987, S. 250). In der ICD-10 wird verlangt, dass die Symptome „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend)“ sind, die „bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden“ (Dilling et al., 1990, S. 169). Auf Grundlage von Forschungsergebnissen, dass auch nach mildereren und weit verbreiteten Stresserlebnissen, wie zum Beispiel Autounfällen, PTB-Symptome auftreten (Norris, 1992) wurde dieses sehr enge Traumakriterium im DSM-IV angepasst. Das Trauma wird nicht mehr als „außergewöhnliches Ereignis“ beschrieben, sondern als „potentielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen“. Die unterschiedlichen Traumata, auf die diese Definitionen zutreffen, werden nach verschiedenen Gesichtspunkten eingeteilt (s. Tabelle 1). Weiterhin hat sich gezeigt, dass das subjektive Erleben von (Lebens-) Gefahr einer der bedeutendsten PTB-Prädiktoren ist (March, 1993). Aus diesem Grund ist das Erleben „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken“ während des Traumas mittlerweile ein weiteres Diagnosekriterium.

Tabelle 1: Einteilung traumatischer Ereignisse und schematische Zuordnung des Risikogrades für die Ausbildung Posttraumatischer Belastungsstörungen.

	Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen	Menschlich verursachte Traumen (Man-made Traumen)
kurz-dauernde (Typ-1-Traumen)	<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsunfälle • berufsbedingte (z.B. Polizei, Feuerwehr) • kurzandauernde Naturkatastrophen (Wirbelsturm, Blitzeinschlag) 	<ul style="list-style-type: none"> • kriminelle und körperliche Gewalt • Vergewaltigungen • zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall)
lang-dauernde (Typ-2-Traumen)	<ul style="list-style-type: none"> • langandauernde Naturkatastrophen (Flut) • technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle und körperliche Misshandlungen in der Kindheit • Geiselhäft • Folter und politische Verfolgung • Massenvernichtung (KZ-Vernichtungslagerhaft)

Risiko der PTB-Ausbildung:  = niedrig;  = mittel;  = hoch.

Anmerkungen. Aus Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt (S. 8) von A. Maercker, 1998, Lengerich: Pabst.

Zwar sind für die verschiedenen Traumaarten die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden. Allerdings hat sich gezeigt, dass willentlich menschlich verursachte Typ-II-Traumen zu schwereren psychischen Beeinträchtigungen führen können als die anderen Formen (Herman, 1993). Neuere Forschungsbefunde zeigen außerdem, dass das Traumakriterium eventuell um weitere mögliche emotionale Reaktionen (z.B. emotionale Taubheit oder Scham) erweitert werden muss. Auch Situationsmerkmale, die nicht nur die Bedrohung der körperlichen Integrität erfassen (z.B. Verlust der eigenen Autonomiewahrnehmung oder Sich-Aufgeben) werden als Indikatoren traumatischer Erlebnisse diskutiert (Ehlers, 1999).

2.2.2 *Symptome und aktuelle Kriterien der PTB*

Nach DSM-IV hat die PTB fünf Hauptkriterien. Kriterium A (Traumakriterium) und E (Zeitkriterium) stellen die Rahmenbedingungen dar. Die Symptomatik besteht aus vielen, teilweise sehr unspezifischen Einzelsymptomen bzw. -beschwerden, die sich drei Hauptsymptomgruppen (Symptomtriade) zuordnen lassen. Kriterium B erfasst Symptome der unwillkürlichen und belastenden Erinnerungen an ein Trauma (Intrusionen). Damit ist das lebhaftes Wiedererleben des Traumas gemeint, das sich den Betroffenen unbeabsichtigt, sowohl im Wachzustand (z.B. in Gedanken und Bildern) als auch in Träumen aufdrängt. Die Betroffenen sind ständig (meist erfolglos) bemüht, die sich aufdrängenden Erinnerungen an das Trauma „abzuschalten“. Sie versuchen, alles zu vermeiden (z.B. Orte, Personen), was mit dem Trauma in Verbindung steht. Damit assoziiert sind Gefühle der Betäubung und Entfremdung von anderen sowie ein allgemeiner sozialer Rückzug (Kriterium C). Das Kriterium D beinhaltet Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Infolge von Traumatisierung sinkt die Toleranz gegenüber körperlichen Belastungen. Dies äußert sich in Symptomen wie Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit.

Da die Kriterien einer PTB-Diagnose sehr streng sind – insbesondere für das Vermeidungskriterium - wurde ein subsyndromales Störungsbild konzipiert. Befunden zufolge ist diese sehr häufig und ebenso stabil wie die ausgeprägte PTB (Shalev, 2000). Außerdem ist mittlerweile deutlich geworden, dass in Kriterium C zwei verschiedene Konzepte vereint sind: Das mit Angststörungen verwandte Vermeidungsverhalten sowie Symptome emotionaler Taubheit, wie sie von depressiven Störungen bekannt sind. Da sich gezeigt hat, dass es sinnvoll ist, diese beiden Konzepte voneinander abzugrenzen (Foa, Riggs & Gershuny, 1995, zitiert nach Maercker, 1999), wird eine dementsprechende Anpassung der Klassifikationssysteme diskutiert.

Tabelle 2: Zusammenfassung der diagnostischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV^a.

Kriterien ^b	Spezifikationen der Kriterien bzw. Symptome
A. Ereignis (2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, 2. Furcht, Hilflosigkeit, oder Entsetzen als Reaktion.
B. Intrusionen (1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wiederkehrende und eindringlich belastende Erinnerungen (Bilder, Gedanken, Wahrnehmung), 2. Wiederkehrende belastende Träume, 3. Handeln oder Fühlen als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (Flashbacks, Illusionen, Halluzinationen), 4. Psychische Belastung bei Hinweisreizen, 5. Körperliche Reaktion bei Hinweisreizen.
C. Vermeidung (3)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vermeidung traumabezogener Gedanken, Gefühle und Gespräche, 2. Vermeidung traumabezogener Aktivitäten und Situationen, 3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern, 4. Vermindertes Interesse/ Teilnahme an Aktivitäten, 5. Entfremdungsgefühle, 6. Eingeschränkter Affekt , 7. Gefühl eingeschränkter Zukunft.
D. Hyperarousal (2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein- /Durchschlafstörungen, 2. Reizbarkeit, Wutausbrüche, 3. Konzentrationsschwierigkeiten, 4. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz), 5. Verstärkte Schreckreaktion.
E. Symptodauer	> 1 Monat.
F. Belastung	klinisch bedeutsam bzw. Beeinträchtigung sozialer, beruflicher oder anderer wichtiger Funktionsbereiche.
Zusatz	<ul style="list-style-type: none"> • akut: Symptome < 3 Monate. • chronisch: Symptome > 3 Monate. • verzögerter Beginn: Symptombeginn > 6 Monate nach Trauma.

Anmerkungen: ^a Die Kriterien für Kinder sind weggelassen.

^b In Klammern die zur Diagnosestellung notwendige Symptomanzahl.

2.3 Epidemiologie

Es gilt als belegt, dass die Mehrheit der Bevölkerung (74% - 97%) in ihrem Leben mindestens ein nach DSM-IV definiertes traumatisches Ereignis erlebt (Breslau et al., 1998; Stein, Hanna, Koverola, Torchia, & McClarty, 1997). Allerdings ist die Prävalenz stark von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und dem Lebensraum abhängig, da diese die Häufigkeit traumatischer Ereignisse beeinflussen. Forschungsbefunde ergaben eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für Männer, traumatisiert zu werden, als für Frauen. Allerdings wird das Risiko von Frauen, nach einem Trauma eine PTB zu entwickeln, doppelt so hoch angegeben wie das von Männern (10% vs. 5%, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Die Wahrscheinlichkeit, eine PTB zu entwickeln, scheint auch von der Art des traumatischen Ereignisses abhängig zu sein. Während physische Angriffe, vor allem sexueller Art, mit Prävalenzen von 55% zu den potenten Auslösern gehören, sind die PTB-Raten nach Verkehrsunfällen (8%) oder Naturkatastrophen (5%) deutlich niedriger (Kessler et al., 1995) (s. Tabelle 1). Die Lebenszeitprävalenz wurde von Kessler et al. (1995) mit 8% angegeben, wobei auch hier Frauen (10 - 12%) doppelt so hohe Raten aufwiesen wie Männer (5 - 6%). In Risikopopulationen wird die Lebenszeitprävalenz sogar mit bis zu 58% angegeben (Kessler et al., 1995). Die höhere PTB-Prävalenz von Frauen verglichen mit Männern wird neben dem Geschlechtsunterschied durch die schwerwiegenderen Traumata, wie sexuelle Kindesmisshandlung oder Vergewaltigung, erklärt, denen Frauen vermehrt ausgesetzt sind (Ehlers, 1999). Die PTB-spezifische Vermeidung traumarelevanter Stimuli wirkt selektiv auf die Motivation traumatisierter Personen, an epidemiologischen PTB-Studien teilzunehmen (Weisaeth, 1989). Deswegen ist insgesamt eher von einer Unterschätzung der genannten Prävalenzen auszugehen. Zusätzlich beziehen sich diese Zahlen auf die DSM-Kriterien. Ehlers (1999) vermutet, dass Prävalenzangaben auf Grundlage der weniger strengen ICD-10 Kriterien höher lägen (Ehlers, 1999). Zu beachten ist außerdem, dass die meisten Angaben auf Befunden US-amerikanischer Stichproben beruhen.

2.4 Komorbidität und Verlauf

In verschiedenen Studien wurde herausgefunden, dass die PTB mit einem erhöhten Risiko für andere angst- und affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Somatisierung einhergeht (Breslau, Davis, Peterson & Schulz, 1997; Kessler et al., 1995). In der Studie von Kessler et al. (1995) wiesen 88% der Männer und 78% der Frauen mindestens eine komorbide Störung auf. Dabei litten über die Hälfte der Betroffenen unter Depressionen. Mehr als ein Drittel hatte Angststörungen und die Hälfte der Männer bzw. ein Drittel der Frauen praktizierten Substanzmissbrauch (Kessler et al., 1995). Des Weiteren wurden erhöhte Raten körperlicher Erkrankungen (Wolfe, Schnurr, Brown & Furey, 1994; Zoellner, Goodwin & Foa, 2000), Ehe- und Familienprobleme (Jordan et al., 1992) sowie eine 15-fach höhere Suizidhäufigkeit als in der Allgemeinbevölkerung gefunden (Davidson, Hughes, Blazer & George, 1991) gefunden. Bisher gibt es wenig gesicherte Befunde, ob die PTB oder die komorbiden Störungen die primäre Störung darstellen. Allerdings gibt es viele Studien, in denen die komorbiden Störungen nach der PTB-Manifestation erstmalig auftraten (Breslau et al., 1997; Kessler et al., 1995). Umgekehrt scheint eine vorbestehende depressive Störung jedoch auch ein Risikofaktor für die PTB-Entwicklung darzustellen (Davidson et al., 1991).

Die eigentlichen PTB-Symptome treten üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach einem traumatischen Erlebnis auf. In den unmittelbaren Stunden und Tagen nach einem Trauma herrschen oft psychische Schock- oder akute Belastungszustände vor. Wie in verschiedenen Studien gezeigt wurde, treten bei vielen Menschen im Anschluss an ein Trauma kurzfristig PTB-Symptome auf (Riggs, Rothbaum & Foa, 1995; Rothbaum, Foa, Murdock, Riggs & Walsh, 1992). Wie die Befunde von Solomon und Kollegen (1991) zeigen ist ein verzögerter PTB-Beginn nach symptomfreien Monaten zwar möglich, kommt jedoch sehr selten vor. Weil die meisten Personen, die direkt nach dem Trauma PTB-Symptome

äußern, wieder gesunden, werden initiale PTB-Symptome nicht als sensitiver PTB-Prädiktor betrachtet. Zusätzliche klinische Beobachtungen wie dissoziative Symptome während oder kurz nach dem Trauma, depressive Symptome oder erhöhte autonome Reaktionen scheinen besser geeignet, eine PTB-Entwicklung vorherzusagen. Auch Risikofaktoren, wie prätraumatische Krankheitsgeschichte und Traumata müssen berücksichtigt werden. Von besonderer Bedeutung bei der Abschätzung des PTB-Risikos sind außerdem Faktoren, die nach dem Trauma eintreten, wie Schmerzen, Trennung von der Familie oder sekundäre Stressoren (Shalev, 2000).

In der großangelegten epidemiologischen Studie von Kessler et al. (1995) zeigte sich, dass bei bis zu 30% der Personen die PTB-Symptome innerhalb der ersten 12 Monate und bei weiteren 20% nach vier Jahren remittieren. Die Dauer der PTB wurde dabei stark durch das Aufsuchen einer Psychotherapie beeinflusst (36 vs. 96 Monate, Kessler et al., 1995). Allerdings bestand aber auch bei diejenigen, die sich in Behandlung begeben hatten, nur die 50%ige Chance einer Symptomremission nach zwei Jahren. Unabhängig davon, ob sich Personen in Psychotherapie befanden oder nicht, remittierte bei einem Drittel die Posttraumatische Belastungsstörung nie mehr vollständig (Kessler et al., 1995).

2.5 Risikofaktoren

Die Ergebnisse zum Einfluss von Traumafaktoren auf die PTB-Entwicklung sind inkonsistent. In einer Reihe von Studien wurde nachgewiesen, dass die Schwere des Traumas mit dem Schweregrad der Symptomatik sowie mit einem chronischen PTB-Verlauf in Zusammenhang steht (Brewin et al., 2000; March, 1993; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1992; Bronisch, 1997). Wie schon beschrieben wird davon ausgegangen, dass das Risiko der PTB-Entwicklung nach verschiedenen Traumata sehr unterschiedlich ist (s. Tabelle 1). Auf der anderen Seite wurde festgestellt, dass der prädiktive Wert eines Traumas nicht sehr hoch (Davidson et al., 1991; Kessler et al., 1995) und für die Ausprägung und den Verlauf einer PTB nicht entscheidend ist (McFarlane, 1989; Yehuda, 1992). Wichtiger als die „Dosis-Wirkungs-Beziehung“ scheinen Reaktionen während des Traumas, wie z.B. das Erleben von Todesangst (Fontana, Rosenheck & Brett, 1992), das Sich-Aufgeben, der Verlust des Autonomiegefühls (Ehlers, Clark, Dunmore, Jaycox & Foa, 1998; Alvarez-Conrad, Zoellner & Foa, 2001) und Dissoziation (Marmar et al., 1994) zu sein. Ebenso konnte gezeigt werden, dass die initiale Reaktion auf das Trauma die PTB-Ausbildung besser vorher sagte als die objektivierbare Traumaschwere (Maercker, Schützwohl & Beauducel, 2000).

Neben bestimmten Charakteristika des Traumas gibt es weitere Faktoren, von denen ein Zusammenhang mit der Wahrscheinlichkeit einer PTB-Entwicklung angenommen wird. Faktoren, wie z.B. Traumatisierung in der Kindheit, geringe Intelligenz/Bildung, weibliches Geschlecht sowie jüngeres (Metaanalyse von Brewin, Andrew & Valentine, 2000) beziehungsweise höheres Lebensalter (Maercker, 1998) zum Zeitpunkt der Traumatisierung waren in Untersuchungen mit einem erhöhten PTB-Risiko verbunden. Weiterhin wurden Zusammenhänge zwischen PTB-Symptomatik und Faktoren der Herkunftsfamilie, wie z.B. genetische Einflüsse, prätraumatische Anpassung oder früher bestehende psychische Störungen (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; True et al.

1993) bzw. familiäre Psychopathologie (Foy, Resnick, Sippelle & Carroll, 1987) empirisch belegt. Brewin und Kollegen (2000) konnten in ihrer Metaanalyse allerdings zeigen, dass Faktoren, die während oder nach dem Trauma eine Rolle spielen (Traumastärke, fehlende soziale Unterstützung, zusätzlicher Stress in der Lebensführung) stärkere Effekte auf die PTB-Entwicklung zu haben scheinen als Prätraumaeffekte (Bildung, Alter, Geschlecht, vorhergehende psychiatrische Erkrankungen).

Es gibt nur wenige Längsschnittstudien, in denen Personen vor und nach der Traumatisierung befragt wurden. Aus diesem Grund ist der Einfluss prämorbidier Persönlichkeitseigenschaften auf das Risiko der PTB-Ausbildung nicht abschließend zu beantworten. In zwei solchen Studien wurde kein prädiktiver Wert prämorbidier Persönlichkeitszüge beobachtet (Breslau et al., 1995; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Hingegen konnten in einer Studie von Schnurr, Friedman und Rosenberg (1993) PTB-Symptome durch die MMPI-Skalen Hypochondrie, Psychopathie, Maskulinität-Feminität und Paranoia vorausgesagt werden. Außerdem konnte bei Personen mit PTB-Symptomen die PTB-Diagnose anhand der Depressions-, Hypomanie- und sozialen Introvertiertheitsskalen vorhergesagt werden (Schnurr et al., 1993). Während sich in der Studie von Lee et al. (1995) das Vorhandensein emotionaler Reife ein Schutzfaktor war, fanden Solomon et al. (1988), dass emotionszentriertes Coping und distanzierendes Verhalten mit stärkerer PTB assoziiert waren.

Auch Bedingungen der sozialen Umwelt, wie mangelnde soziale Unterstützung, keine Partnerschaft, werden als Einflussfaktoren auf die PTB-Symptomatik diskutiert (Kessler et al., 1995).

3. Überblick über aktuellen Theorien zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung der PTB

Wenngleich die Entwicklung einer PTB eine häufige Reaktion auf das Erleben traumatischer Ereignisse ist, entwickeln nicht alle traumatisierten Personen diese Störung, sondern gesunden in den Monaten nach dem Trauma. An der Entstehung der Störung müssen demnach noch andere Faktoren als das Trauma selbst beteiligt sein. Vor unterschiedlichstem theoretischen Hintergrund existieren viele Modelle zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung der PTB. Im folgenden Abschnitt werden – neben einer kurzen Vorstellung der behavioralen Modelle – die wichtigsten, derzeit aktuellen und gut belegten PTB-Erklärungsmodelle vorgestellt, welche die Grundlage des durchgeführten Forschungsprojekts waren: Die kognitiven und psychobiologischen Modelle sowie ein integratives Rahmenmodell (Maercker, 1998). Für eine ausführliche Übersicht wird auf Ehlers und Steil (1996) und Maercker (1997) verwiesen.

3.1 Behaviorale Modelle

In ersten behavioralen Modellen wurden Mowrers (1947) Zwei-Faktoren-Theorie (Keane, Fairbank, Cadell, Zimering & Bender, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985) sowie die Theorien zur erlernten Hilflosigkeit und zum Attributionsstil (Alloy, Abramson, Metalsky & Hartlage, 1988; Seligman, 1975; Flannery & Harvey, 1991; Peterson & Seligman, 1983) auf die PTB übertragen. Problematisch ist, dass diese die PTB-Symptomatik nur teilweise erklären. Zum Beispiel ist die Zwei-Faktoren-Theorie – die Entstehung von Angst und Vermeidung mit klassischer und instrumenteller Konditionierung, Konditionierung höherer Ordnung und Stimulusgeneralisation erklärt – zwar in der Lage, die PTB-Symptome gut zu erklären, die eindeutig eine Angstreaktion darstellen, besitzen aber für die Ätiologie der intrusiven Symptomatik keinen Erklärungswert. Im Gegensatz dazu werden durch die Modelle zur erlernten Hilflosigkeit und zum Attributionsstil zwar der Depression ähnliche, nicht jedoch die anderen PTB-Symptome erklärt.

3.2 Kognitive Modelle

Gemeinsame Grundlage kognitiver Modelle ist die Annahme, dass Menschen einen Satz von Grundannahmen und Einstellungen über die Welt besitzen. Hinzukommende traumatische Informationen sind damit nicht vereinbar und bedrohen die Grundannahmen. Nur wenn das Trauma in die Grundannahmen integriert werden kann, gelingt die Traumaverarbeitung. Ansonsten entstehen Posttraumatische Belastungsstörungen. Grundannahme der kognitiven Theorien ist, dass die traumabezogenen Erinnerungen aktiviert sein müssen, um in die Schemapräsentation integriert werden zu können. Intrusionen werden aus dieser Perspektive als Manifestierung kognitiver Verarbeitung gesehen. Die kognitiven Theorien beinhalten auch, dass nicht alle Menschen das gleiche Erlebnis gleich stark verarbeiten müssen. Personen mit flexibleren Schemata, die hinzukommende Information von Natur aus leichter aufnehmen können, werden nach Traumatisierung schneller wieder gesunden als Personen in deren starre Schemata, die hinzukommende traumabezogene Information nicht integriert werden kann (Wortman, Silver & Kessler, 1993). Im Folgenden werden das Furchtstrukturmodell (Foa & Kozak, 1986), das kognitive Modell von Ehlers und Clark (2000) sowie die Theorien von Horowitz (1986) und Janoff-Bulman (1992) dargestellt.

3.2.1 Furchtstrukturmodell

Zur Erklärung von PTB wurden immer wieder Annahmen und Erkenntnisse über die Informationsverarbeitung herangezogen. Foa und Kozak (1986) übertrugen das von Lang (1979) allgemein für Angststörungen beschriebene Netzwerkmodell auf die PTB. Als Grundlage der PTB vermuten sie veränderte Furchtstrukturen. Diese bilden sich heraus, wenn ein emotional höchst bedeutsames aversives Ereignis das basale Konzept der eigenen Sicherheit erschüttert und mit einem oder mehreren kognitiven Elementen und Körperreaktionen gekoppelt wird. Die Furchtstruktur umfasst viele zum Teil sehr locker mit dem Trauma zusammenhängende Elemente und ist sehr leicht aktivierbar. Ihre Aktivierung löst Intrusionen und damit verbundene emotionale und phy-

siologische Reaktionen aus. Die Ausbildung einer Furchtstruktur ist eine normale Reaktion auf Traumatisierung. Normalerweise bildet sie sich nach wenigen Tagen wieder zurück. Kennzeichen einer PTB ist hingegen, dass es nicht zu einer Rückbildung der Furchtstruktur kommt. Die zufälligen und ungeplanten Konfrontationen mit Reizen, die an das Trauma erinnern, aktivieren immer nur einen Teil der Furchtstruktur. Die intensive autonome Reaktion auf die Aktivierung der Furchtstruktur beeinträchtigt die Verarbeitung neu aufgenommener Information und deren Integration, wodurch die Modifikation der Furchtstruktur erschwert wird. Zusätzlich resultiert die intensive Reaktion in ausgeprägter Vermeidung, die dazu führt, dass Konfrontationen oft kurz und unvollständig sind, was eine Modifikation der Furchtstruktur zusätzlich schwieriger macht. Ferner erschweren die bei Personen mit PTB zusätzlich hinzukommenden Veränderungen logischer Regeln eine Rückbildung der Furchtstrukturen.

Durch dieses Furchtstrukturmodell wird das Verständnis der PTB in entscheidender Weise erweitert. Es ist viel umfassender als das behaviorale Zwei-Faktoren-Modell in der Lage, die PTB-Symptomatik – insbesondere die Intrusionen – zu erklären. Gestützt wird das Modell durch eine Reihe von Befunden, die als Beleg für die dauerhafte Aktivierung der Furchtstrukturen gelten, welche die Wahrnehmung und Informationsverarbeitung beeinflussen (Übersicht bei Litz & Keane, 1989). Zum Beispiel zeigten Personen mit PTB im Stroop-Test bei der Benennung der Schriftfarbe trauma-spezifischer Begriffe eine längere Reaktionszeit als gesunde Kontrollpersonen (McNally, Kaspi, Rieman & Zeitlin, 1990). Des weiteren existieren Befunde einer selektiven Aufmerksamkeitserhöhung für traumabezogene Reize bei Personen mit PTB im Vergleich zu Personen, die ebenfalls Traumata erlebt, aber keine PTB entwickelt haben (Zeitlin & McNally, 1991). Alvarez-Conrad et al. (2001) fanden heraus, dass die Traumaberichte der von ihnen untersuchten PTB-Patientinnen, die Opfer eines Überfalls geworden waren, fragmentierter waren und weniger Kognitions-wörter aufwiesen als die der gesunden Kontrollgruppe. Dies wur-

de von den Autorinnen als Zeichen geringerer emotionalen Verarbeitung und Organisation interpretiert.

3.2.2 *Das kognitive Modell von Ehlers und Clark*

Im Mittelpunkt des Modells von Ehlers und Clark (2000) zur Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen PTB steht die Erklärung der fortbestehenden Angstsymptome sowie starker Emotionen wie Ärger, Scham oder Trauer. Es berücksichtigt eine Vielzahl psychologischer Faktoren, die schon von anderen Autoren vorgeschlagen worden waren, stellt aber eine eigene Synthese dar. Die Autoren nehmen an, dass sich eine chronische PTB nur dann entwickelt, wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und/oder seine Konsequenzen so verarbeiten, dass sie sich anhaltend gegenwärtig schwer bedroht fühlen. Für dieses Gefühl der Bedrohung machen sie die exzessive negative Wahrnehmung des Traumas und/oder seines Verlaufs sowie Charakteristika des Traumagedächtnisses und seiner Verbindung zu anderen Erinnerungen verantwortlich. Personen mit PTB sehen das Trauma nicht als zeitbegrenztes Ereignis, das nicht notwendigerweise globale negative Auswirkungen auf ihr Leben hat. Die daraus resultierenden Gefühle der Bedrohung können entweder external (Generalisation und Überschätzung der Gefahr) oder internal sein (Bedrohung der Selbstwahrnehmung als fähige Person). Aber auch Aspekte des eigenen Erlebens und Verhaltens während des Traumas sowie des Traumaverlaufs (erste Symptome, Reaktion anderer, körperliche, finanzielle, berufliche Konsequenzen des Traumas, traumabezogene Emotionen wie Wut, Ärger, Scham) werden negativ interpretiert. Die Diskrepanz zwischen dem Unvermögen von Personen mit PTB, das Trauma willentlich abzurufen und dem ständigen ungewollten intrusiven Wiedererleben, wird in dem Modell durch die Besonderheit des Traumagedächtnisses erklärt. Die schwache Elaboration und Einbettung ins autobiographische Gedächtnis führen dazu, dass der semantische Abrufweg im Gedächtnis relativ schwach ist. Die Erinnerung hat keinen zeitlichen Kontext und wird nicht mit späteren korrektiven Informationen verbunden. Aufgrund starker – häufig nicht bewusster – assoziati-

ver Gedächtnisverbindungen sowie einer gesenkten Wahrnehmungsschwelle für traumaassoziierte Reize (Priming), die in Verbindung mit einer schlechten Stimulusdiskrimination steht, werden leicht Intrusionen ausgelöst. Hinzu kommt die Tendenz von Personen mit PTB, selektiv negative Informationen des Traumas zu erinnern. Mittels verschiedener Verhaltenstaktiken und kognitiver Strategien – wie Gedankenunterdrückung, Kontroll- und Sicherheitsstrategien, selektive Aufmerksamkeit auf Gefahrenreize oder Vermeidungsverhalten – versuchen Personen mit PTB, das Gefühl der aktuellen Bedrohung unter Kontrolle zu bringen. Langfristig sind diese Strategien jedoch kontraproduktiv: Einerseits erzeugen sie selbst PTB-Symptome. Auf der anderen Seite verhindern sie die Veränderung der negativen Interpretationen des Traumas und/oder seiner Folgen sowie die Elaboration des Traumagedächtnisses.

Die Kernaussagen des Modells wurden in einer Serie von Studien, die bisher jedoch größtenteils querschnittlich sind, bestätigt. Dabei zeigte sich, dass negative Interpretationen und Überzeugungen bezüglich der traumatischen Erfahrungen von großer Bedeutung für die Traumabewältigung zu sein scheinen (Wenninger & Ehlers, 1998). Ebenso wurde die Bedeutung verschiedener Merkmale des Traumagedächtnisses auf die PTB-Symptomatik bestätigt. Sowohl die PTB-Symptome als auch die kognitive behaviorale Vermeidung ließen in einer Studie mit Frauen, die überfallen worden waren, durch eine negative Interpretation der PTB-Symptome, speziell der Intrusionen, vorhersagen (Dunmore, Clark & Ehlers, 2001). Als weitere PTB-Prädiktoren zeigten sich in verschiedenen Studien die Gedankenunterdrückung, Grübeln und gedankliche Ablenkungsstrategien sowie die Vermeidung traumaassoziierte Reize (z.B. Dunmore et al., 2001; Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Mayou, Ehlers & Bryant, 2002; Steil & Ehlers, 2000). Allerdings ist das Modell von Ehlers und Clark noch nicht zusammenfassend und im Vergleich zu anderen Erklärungsmodellen überprüft worden.

3.2.3 *Veränderte kognitive Schemata*

In den dargestellten Informationsverarbeitungsmodellen von Foa und Kozak (1986) und Ehlers und Clark (2000) werden die Rolle der traumabezogene Bedrohung sowie die Repräsentation und Verarbeitung der traumabezogenen Information in den Vordergrund gestellt. Im Gegensatz dazu wird in den im Folgenden vorgestellten sozial-kognitiven Theorien (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992) die Tragweite der Traumatisierung für das Leben des Traumaopfers betont. Dabei werden insbesondere die massiven Anpassungsleistungen unterstrichen, die zur Integration der Traumaaufarbeitung in das Leben des Individuums erbracht werden müssen.

Die differentielle Beeinträchtigung einiger Kognitionen durch die Traumatisierung wird durch die kognitive Schematheorie besser erklärt als durch die Vorstellungen von elementaren Lernprozessen oder weitgehend gleichförmig organisierten Gedächtnisstrukturen (Maercker, 1998). Kognitive Schemata repräsentieren Konzepte in Form von Oberbegriffen, Teilen und anderen Zuweisungen von Ausprägungen zu Attributen und steuern die Wahrnehmung und das Verhalten (Anderson, 1996). Veränderungen des Selbstschemas, der Schemarepräsentationen wichtiger Bezugspersonen und der Weltsicht gehen mit starken Funktions- und Verhaltensveränderungen einher und stehen in Zusammenhang mit dysfunktionalen Kognitionen, die zu einer verzerrenden Informationsverarbeitung führen (Maercker, 1998).

Trotz der Beeinflussung durch klassische psychoanalytische Theorien bezieht sich das Modell von Horowitz (1986) primär auf die Informationsverarbeitung. Grundlage ist die Annahme eines grundsätzlichen menschlichen Bedürfnisses, neue Information in bestehende kognitive Schemata zu integrieren. Der traumabezogene Informationsüberschuss aktiviere Abwehrmechanismen. Diese sollen die Informationen unbewusst halten und führen zu Taubheitsgefühlen und Verleugnung. Aufgrund der schemaeigenen Komplettierungstendenz durchbricht die traumabezogene

Information jedoch die Abwehrmechanismen und drängt sich in Form von Intrusionen ins Bewusstsein. Die sich gegenüberstehenden Tendenzen Abwehr und Komplettierung führen zu einem Hin- und Herpendeln zwischen den für PTB charakteristischen Intrusionen und Vermeidung, während das Trauma schrittweise in die Schemata eingefügt wird. Wenn teilweise verarbeitete Traumainformation im aktiven Gedächtnis bleibt, ohne jemals gänzlich integriert zu sein, entstehen nach Horowitz (1986) chronische Posttraumatische Belastungsstörungen.

Janoff-Bulmann (1985, 1992) entwickelte die Theorie „erschütterter Grundannahmen“ bzw. Schemata (*shattered assumptions*). Jeder Mensch besitze Grundannahmen bezüglich seiner eigenen Unverwundbarkeit, seiner Selbstwahrnehmung als positiv und wertvoll sowie seiner Wahrnehmung der Welt grundsätzlich als bedeutungsvoll, verstehbar und kontrollierbar. Das Erleben eines Traumas verändere diese Grundannahmen dahingehend, dass man sich verletzlich, beschädigt und wertlos und die Welt als feindlich, unverständlich und unkontrollierbar einschätze.

3.3 Psychobiologische Modelle

In den psychobiologischen Erklärungsmodellen zur Ätiologie der posttraumatischen Belastungsstörung werden vorwiegend neuroanatomische oder endokrine Veränderungen mit der typischen Symptomatik in Zusammenhang gestellt. Diesen Erklärungsansätzen liegen eine Reihe von Befunden über physiologische und biologische Veränderungen in Tierversuchen und klinischen Studien sowie Befunde aus der Forschung zur Psychopharmakotherapie bei PTB-Patienten zugrunde. Da die PTB als eine Reaktion auf einen gravierenden Stressor aufgefasst werden kann, beziehen sich diese Erklärungsmodelle primär auf biologische Parameter, die im Rahmen der Stressforschung besonders sensitiv auf einen physiologischen und psychologischen Stressor reagiert haben. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Hormone der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA), das noradrenerge System und endogene Opiate. Die wichtigsten Befunde biologischer Forschung werden im Folgenden kurz dargestellt (vgl. Ehlert, Wagner, Heinrichs & Heim, 1999; Heinrichs, Wagner, Schoch, Hellhammer & Ehlert, 2001; Karl & Maercker, 2003; Yehuda, 2000), wobei jedoch auf ausführliche Darstellungen verwiesen wird (Überblick bei Ehlert et al., 1999).

3.3.1 Neuroendokrine Veränderungen

In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass Traumatisierte mit PTB eine charakteristische Dysfunktion der HHNA aufweisen. Diese ist durch eine erniedrigte basale Kortisolkonzentration, eine akzentuierte Unterdrückung im Dexamethason-Suppressionstest sowie eine erhöhte Anzahl von Glukokortikoidrezeptoren auf Lymphozyten gekennzeichnet. Außerdem zeigten sich ein erhöhter Spiegel des Corticotropin-Releasing-Hormons (CRH) in der Zerebrospinalflüssigkeit, eine unterdrückte Adrenocorticotropinreaktion (ACTH) und unterdrückte Kortisolreaktionen nach CRH-Stimulation. Dieses HHNA-Profil unterscheidet sich nicht nur deutlich von den Profilen Gesunder sondern auch von denen chronisch Belasteter (z.B. Dauerstress am Arbeitsplatz) bzw. von

Personen mit Major Depression (anhaltend erhöhten Kortikosteroidspiegel). Das Paradox erhöhten CRFs bei niedrigem Kortisolspiegel lässt sich auf die dysfunktionale Feedbackregulation der HHNA zurückführen. Es wird vermutet, dass der geringe basale Kortisollevel bei PTB eine chronische Adaptation innerhalb der HHNA reflektiert. Bei der PTB-Entwicklung werden biologische Risikofaktoren, bedingt durch frühe Stresserfahrungen, als ätiologisch relevant eingestuft.

Eine weitere biochemische Veränderung stellt die gesteigerte noradrenerge Aktivität mit erhöhtem Metabolitenspiegel (Katecholamine) in Blut und Urin dar. Sie wird als biologischer Indikator für das erhöhte Arousal (z.B. Reizbarkeit, Schreckreaktionen, Ärger) bei PTB, aber auch als wesentlich für den Symptomkomplex der Intrusionen betrachtet. Von besonderer Bedeutung sind dabei die nächtlichen Anstiege der NA-Konzentrationen. Es wird angenommen, dass diese einen Hinweis auf die berichteten Schlafstörungen und Alpträume, die mit einem sympathischen Arousal assoziiert sind darstellen. Von van der Kolk, Greenberg, Boyd und Krystal (1995) wurde das Modell der erlernten Hilflosigkeit nach unausweichlichem Schock auf die PTB übertragen. Neben möglichen direkten biologischen Veränderungen durch die Traumauswirkungen kommt es zu weiteren physiologischen Veränderungen durch die PTB-Symptomatik selbst. Pitman (1989) beschrieb einen – tierexperimentell belegten – Teufelskreis zwischen Intrusionen und Stresshormonen, die zu einer erneuten Enkodierung und Konditionierung des traumatischen Materials im Gedächtnis führen.

3.3.2 Psychophysiologische Veränderungen

Patienten mit PTB weisen im Vergleich mit gesunden Kontrollpersonen ein allgemein erhöhtes autonomes „Arousal“ (erhöhte elektrodermale Aktivität, Herzrate und Blutdruck) mit abnormer Schreckreaktion und einer langsameren Habituation an wiederholte Reize auf. Vor allem bei der Präsentation visuellen und akustischen traumarelevanten Materials, aber auch bei neutralem

Geräusch zeigte sich das Arousal deutlich erhöht. Aufgrund dieser Befunde wird eine reduzierte Fähigkeit vermutet, intensive aber redundante Stimuli einzuordnen und den „arousal response“ zu regulieren (Shalev & Rogel-Fuch, 1993).

3.3.3 Neuromorphologische Veränderungen

Da der Hippocampus in komplexe Lernprozesse (räumliches/kontextuelles Lernen, Bedeutungszuschreibung) involviert ist, besitzen diese Hirnareale bei der Traumaverarbeitung einen besonderen Stellenwert. In bisherigen Studien wurden Verringerungen des Hippocampusvolumens bei Langzeittraumatisierten gefunden, was möglicherweise die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen erklären kann (Überblick bei Stein et al., 1997). Allerdings müssen diese Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichproben, insbesondere mit Blick auf die Frage nach der Kausalität, vorsichtig interpretiert werden. Bei der Erfassung der neuronalen Hirnaktivität wurden eine rechtslaterale Erhöhung des regionalen cerebralen Blutflusses v.a. in der Amygdala und dem Gyrus cinguli sowie eine linkslaterale Reduktion insbesondere in der Broca-Gegend nachgewiesen. Dies deutet auf die Beteiligung limbischer und paralimbischer Komponenten bei der Traumaverarbeitung hin. Die in evozierten Potenzialen verzögerten N2- und P3-Amplituden sind ein Hinweis auf die Schwierigkeit von PTB-Patienten, zwischen relevanten und irrelevanten Stimuli (akustisch und visuell) zu diskriminieren (Maercker & Karl, 2003), was sich negativ auf die Konzentrations- und Gedächtnisleistung auswirken kann.

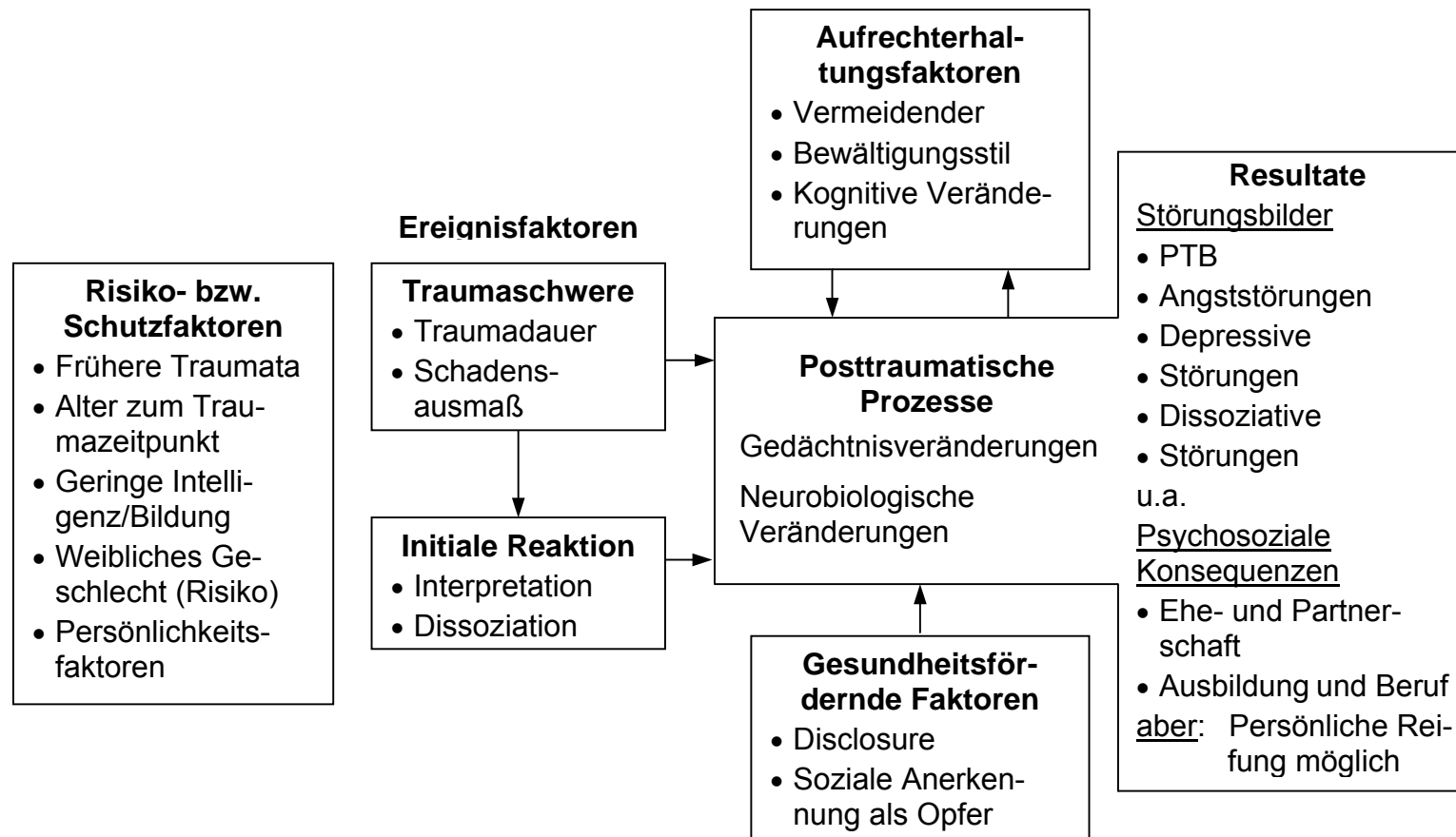
Obwohl alle dargestellten Theorien Erklärungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB geben, wurde von Brewin, Dagliesh und Joseph (1996) kritisiert, dass bisher kein Modell in der Lage ist, alle PTB-Symptome zufriedenstellend zu erklären. Insgesamt sind die kognitiven Ansätze am weitesten entwickelt und besitzen am meisten Erklärungs- und Vorhersagekraft. Sie sind in der Lage, sowohl die Intrusionssymptomatik (Schematheorien, Furchtstrukturmodell) als auch die kognitive Vermei-

dungssymptomatik (Schematheorien) zu erklären. Die verhaltensbezogene Vermeidung wird jedoch besser durch das lerntheoretische Modell erklärt. Die als Resultat der Belastung durch die Intrusionen betrachteten Arousalssymptome wiederum werden gut durch die kognitiven Modelle erklärt. Dabei bleibt allerdings das unspezifische, nicht auf traumarelevante Stimuli bezogene gesteigerte Arousal unberücksichtigt, für das neuronale Veränderungen verantwortlich gemacht werden (Everly, 1993, zitiert nach Maercker, 1989). Des weiteren berücksichtigen alle diese genannten Modelle keine kontextuellen Faktoren wie genetische, entwicklungsbezogene und soziale Einflüsse, die ebenfalls relevant für die Ausbildung bzw. das Ausmaß der PTB sein können (s. Abschnitt 2.5).

3.4 Ein multifaktorielles Rahmenmodell

Die bisher beschriebenen Erklärungsansätze gehen von einer monokausalen Verursachung der Entstehung, Aufrechterhaltung und Gesundung von PTB aus. Sie beziehen sich vorrangig auf intrapsychische Prozesse. Ihr empirischer Erklärungswert (z.B. in Regressionsmodellen) ist allerdings relativ eingeschränkt. Deswegen wurde von Maercker (1997; 2003) ein integratives Rahmenmodell vorgeschlagen, dessen Grundlage die Annahme einer multifaktoriellen PTB-Genese ist (s. Abbildung 1). Bisherige Modelle und Erkenntnisse wurden in das Modell integriert und ergänzen sich gegenseitig. Die Besonderheit des Modells liegt darin, dass der Fokus nicht ausschließlich auf den pathologischen Vorgängen sondern auch auf Schutzfaktoren, Ressourcen und posttraumatischen Reifungsprozessen liegt. Neben den intrapsychischen Bedingungen werden außerdem Bedingungen der sozialen Umwelt der traumatisierten Person als ätiologische Faktoren für die Gesundung bzw. für die Entwicklung der PTB-Symptomatik als maßgeblich betrachtet. Das Modell wird im Folgenden unter Verweis auf die vorhergehenden Abschnitte, in denen die integrierten ätiologischen Faktoren beschrieben wurden, dargestellt werden.

Abbildung 1: Multifaktorielles Rahmenmodell Posttraumatischer Belastungsstörungen.



Anmerkung. Aus *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Von A. Maercker (Hrsg.), 2003, Berlin: Springer

In der Literatur oft nur als Risikofaktoren charakterisierte Faktoren bezeichnet Maercker (2003) auch als „Schutzfaktoren“, da diese – unter anderem Vorzeichen – auch helfen, Extremlastungen ohne psychische Störungen zu überstehen. Allerdings zeigte, dass ihr prädiktiver Wert für die PTB-Symptomatik deutlich geringer zu sein scheint als der von Ereignis- und Aufrechterhaltungsfaktoren (Metaanalyse von Brewin et al., 2000). Bisherige Befunde sind im Abschnitt 2.5 dargestellt.

Die Aufrechterhaltungs- und gesundheitsfördernden Faktoren (Ressourcen), können auch unter der Bezeichnung „posttraumatische Einflussfaktoren“ zusammengefasst werden (Maercker, 2003). Sie scheinen den stärksten Einfluss auf die Existenz chronischer Posttraumatischer Belastungsstörungen zu haben. Ihnen werden die in Abschnitt 3.2 dargestellten, von Foa und Kozak (1986) bzw. Ehlers und Clark (2000) beschriebenen, kognitiven Veränderungen. Auch ein vermeidender Bewältigungsstil, der die Symptomatik langfristig aufrechterhält, wird diesen Faktoren zugeordnet.

Gesundheitsfördernde Faktoren oder sogenannte Ressourcen beschreiben Faktoren, die nach einer vorübergehend symptomatischen akuten Phase zu einer Gesundung der Betroffenen führen. Als solch ein wesentlicher Schutzfaktor wurde der „Kohärenzsinn“ vermutet, der die Fähigkeit einer Person bezeichnet, das Geschehene geistig einzuordnen, zu verstehen und ihm einen Sinn geben zu können (Antonovsky, 1987). Bisher wurde das Konstrukt allerdings noch nicht durch Befunde belegt. Weiterhin hat sich gezeigt, dass vor allem solche Bewältigungsstile einen protektiven Einfluss zu haben scheinen, die mit persönlicher Offenheit und Offenlegung der belastender Erfahrungen einhergehen (Pennebaker, 1985; Pennebaker, Barger & Tiebout, 1989). Ob diese Befunde allerdings eine protektive Wirkung auch bei traumatischen Erlebnissen haben, wurde bisher noch nicht belegt. Weiterhin integriert Maercker in sein Modell soziale Interaktionsprozesse wie die soziale Unterstützung und die soziale

Anerkennung als Opfer, die ebenfalls als bedeutende Einflussfaktoren für die PTB-Bewältigung vermutet werden. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass weniger das Vorhandensein dieser sozialen Interaktionen schützend wirkt, sondern vielmehr ihr Fehlen ein PTB-Risikofaktor zu sein scheint (Maercker & Müller, 2002; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988), was bedeuten würde, dass sie den Aufrechterhaltungsfaktoren zugerechnet werden müssten.

Neben den veränderten Gedächtnisprozessen und den neurobiologischen Veränderungen (s.o.) folgen auf Traumata – neben/ statt PTB - häufig klinisch relevante Störungen, wie Angststörungen, Dissoziative Störungen oder depressive Störungen. Zudem treten häufig sekundäre ernsthafte psychosoziale Konsequenzen auf, wie nicht abgeschlossene Ausbildungen, Arbeitsplatzschwierigkeiten, Karrierebrüche, häufige Trennungen/ Scheidungen, sowie „querulatorische“ Konflikte mit Vorgesetzten oder Behörden. Andererseits berichten auch viele Personen, durch das Trauma einen persönlichen Reifungsprozess erlebt zu haben. Sie möchten die durch das erlebte Trauma gewonnen Einsichten nicht missen. Solche Einsichten beziehen sich typischerweise auf Aspekte der Beziehungen zu anderen, auf eine besondere Wertschätzung des Lebens, neue Möglichkeiten und Gewinn persönlicher Stärken.

4. Interpersonelle und soziokognitive Faktoren der Traumabewältigung

Die Bedeutsamkeit interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Bewältigung von Traumatisierung liegt aufgrund von klinischen Erfahrungen und einzelnen empirischen Befunde nahe. Dennoch wurde ihre Rolle für die Gesundung bzw. die Entwicklung und Aufrechterhaltung Posttraumatischer Belastungsstörungen nach Traumatisierung in der PTB-Forschung bisher nicht explizit untersucht. In seinem multifaktoriellen Rahmenmodell (s. Abschnitt 3.4) betrachtet Maercker (2003) PTB als eine Folge von Beeinträchtigungen des normalen Prozesses der Gesundung (*recovery*). Interpersonelle und soziokognitive Faktoren werden von ihm als wesentliche Determinanten dieser Beeinträchtigungen betrachtet. Zwei solche interpersonellen bzw. soziokognitiven Variablen sind die „Wahrgenommene Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“ und das „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“. Es wurde angenommen, dass die Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB durch spezifische Kommunikationsstörungen wie Nicht-Offenheit (*non-disclosure*) sowie durch gestörte gesellschaftliche Aufmerksamkeitsprozesse beeinflusst wird. Dabei wurde vermutet, dass sich die wechselseitig beeinflussenden Symptomkomplexe Intrusionen und Vermeidungsverhalten durch die Unmöglichkeit gegenseitig aufrechterhalten, die Erfahrungen verbal zu formulieren. Weiterhin wurde davon ausgegangen, dass das Fehlen sozialer Wertschätzungsprozesse die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen behindert. Zu den genannten Prozessen lag bisher nur vereinzelte und nicht miteinander verbundene Forschungsliteratur vor, die im Folgenden dargestellt wird.

4.1 Offenlegen traumatischer Erfahrungen

Offenlegen traumatischer Erfahrungen (*Disclosure*) bezeichnet das Verhalten einer Person, erlebte belastende Erfahrungen bzw. Traumata sowie diesbezügliche Gefühle und Gedanken offenzulegen. Das Offenlegen ist sowohl schriftlich als auch mündlich möglich (Pennebaker, 1989). Es kommt sowohl spontan im Alltag vor, wird aber auch – im Sinne konfrontativen Wiedererlebens – als therapeutische Methode verwendet (Pennebaker, 1989). Zur Untersuchung des Konzepts wurden bislang die Frequenz des Offenlegens, die Beschaffenheit der Traumaberichte und die Veränderungen durch schriftliches Offenlegen analysiert. Bisherige Befunde deuten überwiegend auf gesundheitsfördernde Effekte des schriftlichen oder mündlichen Offenlegens hin, vor allem auf das körperliche aber auch auf das psychische Befinden (s. Review bei Smyth, 1998) hin. Demgegenüber gilt die willentliche Unterdrückung emotionaler Inhalte als gesundheitsschädlich (Kelly & McKillop, 1996; Murray & Segal, 1994; Pennebaker & Francis, 1988).

4.1.1 *Disclosurebefunde in nichtklinischen Stichproben*

Pennebaker und Kollegen erstellten ein Disclosure-Paradigma, dass das 10 - 20minütige Aufschreiben belastender Erfahrungen bzw. Traumata und den damit verbundenen Gedanken und Gefühlen an vier aufeinanderfolgenden Tagen vorsieht. Sie konnten damit in diversen Studien mit US-amerikanischen Studenten die stark stressreduzierende Wirkung des Schreibens über emotional belastende Inhalte zeigen (Esterling, L'Abate, Murray & Pennebaker, 1999; Pennebaker, 1993^a; Pennebaker & Francis, 1988; Pennebaker & Traue, 1993). Als zusätzliche Disclosureeffekte wurden die Steigerung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens, eine Verbesserung der physischen Gesundheit und der Immunfunktion (Pennebaker & Francis, 1996; Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988) sowie eine Abnahme der Arztbesuche (Pennebaker & Beall, 1986) verzeichnet. Weiterhin verbesserten sich durch schriftliches Disclosure emotionaler Inhalte die Noten

der Studenten (Pennebaker & Francis, 1996). Auch auf die Leistungsfähigkeit von Büroangestellten wirkte das Schreiben über belastende Erfahrungen positiv: Während die Krankheitsrate der Untersuchungsteilnehmer sank, reduzierten sich die Fehltage im Krankheitsfalle (Spera, Buhrfeind & Pennebaker, 1994). Im Gegensatz zu den positiven Auswirkungen des Schreibens über belastende Erlebnisse, resultierten aus dem bewussten Verschweigen negative Gesundheitseffekte, selbst bei Kontrolle der sozialen Unterstützung (Larson & Chastain, 1990; Pennebaker & O’Heeron, 1984). Pennebaker spricht dem Nichtmitteilen und Nichtbesprechen belastender Erfahrungen einen stärkeren schädigenden Einfluss als dem Ereignis selbst zu (Pennebaker, 1985, p. 82).

Auch die Arbeitsgruppe von Lepore und Kollegen untersuchten in einer Serie von Studien, wie das Mitteilen belastender und traumatischer Erfahrungen die Anpassung an einen Stressor vermittelt oder moderiert. Dabei fanden sie in Studentenstichproben positive Auswirkung des antizipatorischen Schreibens über eine Prüfung auf depressive Symptome (Lepore, 1997), auf Spannung, Müdigkeit und Atemwegserkrankungen beim Schreiben über die Trennung von einem Partner (Lepore & Greenberg, 2002) und auf Intrusionen nach Sprechen über einen akuten Stressor (Lepore, Ragan & Jones, 2000). Die Autoren fanden besonders hohe Effekte, wenn vor dem Schreiben bzw. Erzählen intrusive Gedanken und Vermeidungsverhalten bezüglich des belastenden Ereignisses vorhanden waren (Lepore & Greenberg, 2002). Verglichen mit Personen, die frei über ihre Erfahrungen sprechen konnten, hatten Personen, die sich durch das Verhalten anderer genötigt sahen, ihre Erfahrungen zu verschweigen, mehr Intrusionen (Kliwer, Lepore, Oskin & Johnson, 1998; Lepore & Helgeson, 1998).

Den Befunden gesundheitsförderlicher Effekte schriftlichen Disclosures in nichtklinischen Stichproben stehen nur wenige Studien gegenüber, die keine positiven Auswirkungen des Offenlegens belastender Erfahrungen fanden (Kloss & Lisman, 2002; Tait &

Silver, 1989). Lepore und Greenberg (2002) untersuchten Studenten, die sich von ihrem Partner getrennt hatten. Zwar nahmen nach dem Schreiben über die Trennung die Atemwegserkrankungen, Anspannung und Müdigkeit nicht zu, im Gegensatz zu den Untersuchungsteilnehmern, die über neutrale Themen schrieben. Allerdings hatte das Schreiben über belastende Erfahrungen keinerlei Auswirkungen auf die intrusiven Gedanken und die Vermeidungssymptome. Insgesamt scheinen die Effekte des Schreibens über belastende Erfahrungen für körperliche Outcomevariablen robuster zu sein als für psychische (s. Review von Pennebaker, 1989; Metaanalyse von Smyth, 1998).

Aufgrund von Beschränkungen der untersuchten Stichproben ist die Generalisierbarkeit der vielversprechenden Resultate von Pennebaker und seinen Kollegen aber unklar. Die Belastung von gesunden Studenten und anderen nichtklinischen Stichproben ist vermutlich viel milder und vorübergehenderer Natur als in Populationen mit klinischer Problematik. Außerdem sei dahingestellt, ob die Ergebnisse von Pennebaker und Kollegen ohne Weiteres auf Menschen mit traumatischen Erfahrungen bzw. mit PTB übertragen werden können (vgl. dazu Befunde von Gidron, Peri, Connolly & Shalev, 1996). Die Studienteilnehmer wurden zwar gebeten, „traumatische Erlebnisse“ schriftlich zu schildern. Es wurde aber nicht kontrolliert, ob das dargestellte Ereignis tatsächlich dem Traumakriterium nach DSM-IV (vgl. A-Kriterium Posttraumatischer Belastungsstörungen, American Psychiatric Association, 1996) entsprach. Dabei ist problematisch, dass generell vom traumatischen Charakter der belastenden Erlebnisse ausgegangen und der Begriff „traumatisch“ unhinterfragt verwendet wurde. Bei näherer Betrachtung zeigt sich nämlich, dass viele der Befragten nichttraumatische Erlebnisse, wie familiäre Probleme, Probleme auf dem College oder Partnerschaftskonflikte schilderten (z.B. Pennebaker et al., 1988). Nichtsdestotrotz sind diese Ergebnisse zum Schreiben über belastende Erfahrungen mit relativ gesunden Stichproben beeindruckend. Eine Erweiterung dieser Forschungslinie wird deswegen von vielen Autoren befürwortet (z.B.

Batten, Follette, Rasmussen-Hall & Palm, 2002). Dennoch wurde das Disclosure-Paradigma erst vor kurzem an Personen mit medizinischen oder psychologischen Beschwerden untersucht.

4.1.2 Disclosurebefunde bei körperlich Erkrankten

Bisher gibt es wenige, zudem uneinheitliche Befunde zur Wirkung schriftlichen Disclosures bei körperlich erkrankten Personen. Während in zwei Studien gesundheitsförderliche Disclosure-Wirkungen gefunden wurden (Smyth, Stone, Hurewitz & Kaell, 1999; Stanton et al., 2000), sprechen die Ergebnisse einer anderen Untersuchung eher gegen langfristig positive Effekte (Kelley, Lumley & Leisen, 1997). Kelley und Kollegen (1997) fanden keine Effekte des Disclosures auf die Schmerzen und den Allgemeinzustand bei Patienten mit rheumatischer Arthritis.

Die Forschergruppe um Smyth und Stone untersuchte Patienten mit Asthma und rheumatischer Arthritis mithilfe des Disclosure-Paradigmas von Pennebaker. Bei den Teilnehmern beider Experimentalgruppen hatte sich die körperliche Symptomatik 4 Monate nach dem Schreiben klinisch signifikant verbessert. Hingegen war die Symptomatik in den beiden Kontrollgruppen unverändert geblieben (Smyth et al., 1999). Zur Überprüfung der Mechanismen, die für die Effekte von schriftlichem Disclosure verantwortlich sind, untersuchten die Autoren den Einfluss möglicher Mediatoren. Sie fanden keine Anhaltspunkte dafür, dass die Symptomreduktion bei den Arthritis- und Rheumapatienten nach dem schriftlichem Disclosure durch den Affekt, soziale Beziehungen, Stress, Schlafqualität, Substanz- und Medikamentengebrauch beeinflusst worden war (Stone, Smyth, Kaell & Hurewitz, 2000). Auch bei Brustkrebspatientinnen führte der schriftliche emotionale Ausdruck zu positiven Veränderungen, die sich in Stressreduktion, erhöhter wahrgenommener seelischer Stärke, einem verbesserten wahrgenommenen Gesundheitsstatus, weniger medizinischen Untersuchungen und einer verbesserten Lebensqualität äußerten (Stanton et al., 2000).

4.1.3 *Disclosurebefunde in Traumastichproben*

Auch die vorliegenden Befunde sowohl schriftlichen als auch mündlichen Disclosures in klinisch-psychologischen bzw. Traumastichproben sind sehr uneinheitlich. Die einzigen positiven Befunde über Disclosure bei Traumastichproben stammen von Routbort (1998) sowie von Seagal, Bogaards, Becker und Chatman (1999). Routbort (1998) fand heraus, dass Frauen, die angaben, freier über die von ihnen erlebte Vergewaltigung sprechen zu können, weniger Symptome aufwiesen. Seagal et al. (1999) konnten zeigen, dass verbaler Emotionsausdruck bei älteren Erwachsenen, die um ihren Ehepartners trauerten, mit einer Reduktion der psychologischen Symptome fünf Wochen später assoziiert war. Alle anderen Befunde bisheriger Studien zeigten keine Effekte (z.B. Angel, Hjern & Ingleby, 2001; Brown & Heimberg, 2001; Greenberg, Wortman & Stone, 1996; Southwick, Morgan, Rosenberg, 2000; Stroebe, Stroebe, Schut, Zech & von den Bout, 2002) bzw. sogar negative Auswirkungen des Offenlegens traumatischer Erfahrungen (Batten et al., 2002; Gidron, et al., 1996; Tait & Silver, 1989). Gidron et al. (1996) veröffentlichten die erste Studie über schriftliches Disclosure bei Traumaopfern. Sie fanden heraus, dass die Arztbesuche der Teilnehmer, die über ihr Trauma geschrieben hatten, zugenommen und sich die Vermeidungssymptome vermehrt hatten, verglichen mit einer Kontrollgruppe. Kritisch an dieser Studie ist allerdings die relativ kleine Stichprobe ($N = 14$), die Heterogenität der Traumata und der kurze Follow-up-Zeitpunkt (fünf Wochen). Übereinstimmend mit den Ergebnissen von Gidron et al. (1996) konnten aber auch Batten et al. (2002) keine gesundheitsfördernden Disclosureeffekte bei den von ihnen untersuchten Opfern sexueller Kindesmisshandlung feststellen. Durch das Schreiben verschlechterte sich bei der Experimentalgruppe der körperliche Zustand; ihr psychischer Zustand blieb unverändert schlecht. Demgegenüber verbesserten sich die Körper-, Stress- und Depressivitätssymptome der Kontrollgruppe, die über ihr Zeitmanagement schrieb, im Verlauf der Intervention. Konträr zu den Studien mit gesunden Stichproben war eine Steigerung von Einsichts- und Kausalworten im Text mit

gesteigerten psychischen Symptome verbunden. Auch Brown und Heimberg (2001) fanden keine gesundheitsfördernden Disclosureeffekte bei den von ihnen untersuchten vergewaltigten Frauen. Es fanden sich auch keine unterschiedlichen Effekte zwischen verschiedenen Bedingungen: Schreiben von Fakten versus Schreiben von Fakten und Emotionen. Bei der Analyse von Traumberichten fanden Gray und Lombardo (2001) heraus, dass der prädiktive Wert der Fragmentierung und Unorganisiertheit für die PTB-Symptomatik verloren ging, sobald die Schreibbegabung und kognitiven Fähigkeiten der Probanden kontrolliert wurden. Lepore et al. (1996) untersuchten, wie soziale Zwänge mit der Verarbeitung eines Traumas um dem Gesundungsprozess interferieren können. Sie stellten fest, dass Mütter mit gehemmten sozialen Beziehungen weniger wahrscheinlich über den Tod ihres Kindes sprachen und mit größerer Wahrscheinlichkeit intrusive Symptome aufwiesen als Mütter in adäquaten sozialen Beziehungen.

In einer Vielzahl manualisierter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieformen ist schriftliches oder mündliches Disclosure zur emotionalen Verarbeitung enthalten (Opfer von Vergewaltigungen: Foa & Rothbaum, 1998; Resick & Schnicke, 1993; sexuell missbrauchte Kinder: Deblinger & Heflin, 1996; Verkehrsunfall-opfer: Blanchard & Hickling, 1997; Überlebende politischer Gewalt: Neuner, Schauer, & Elbert (2000)). Für die gesundheitsfördernde Wirkung des im therapeutischen Kontext verwendeten Disclosures spricht zum Beispiel die Studie von Foa, Molnar und Cashman (1995). Die Autorinnen stellten bei zunehmender Häufigkeit offenen Erzählens über das Trauma eine Abnahme der posttraumatischen Symptomatik fest. Allerdings beruhen diese Ergebnisse auf einer sehr indirekten Messung: Neben der Zunahme der Disclosurehäufigkeit im Rahmen therapeutischer Interventionen wurden Sprachelemente Kategorien zugeordnet. Problematisch bei der Beurteilung der Disclosurwirkung ist in den Therapiestudien, dass Disclosure lediglich *ein* Element vielfältiger Interventionen ist, so dass sein spezifischer Effekt unbekannt ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bisherige Studien bei Traumapopulationen die Disclosurebefunde aus nichtklinischen Stichproben nicht widerspiegeln. Während in nichtklinischen Stichproben primär günstige Effekte des Offenlegens belastender Ergebnisse gefunden wurden, zeichnet sich in klinischen Stichproben eher ab, dass nichttherapeutisches Disclosure keine bzw. negative Effekte auf die Belastung hat. Demgegenüber steht die gesundheitsfördernde Wirkung von Disclosure im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Traumatherapien.

4.1.4 Erklärungsversuche für die Wirkung von Disclosure

Die Befunde negativer Disclosurewirkung wurden von den Autoren verschieden begründet. Tait & Silver (1989) vermuteten eine Erhöhung der psychischen Belastung durch das Erzählen wichtiger emotionaler Erfahrungen. Pitman (1989) nahm in seiner biopsychologischen Erklärung an, dass die ängstigende Episode bei jeder Wiederholung weiter im Gedächtnis enkodiert wird. Zusätzliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass das Erzählen stark belastender Erlebnisse eine Abwehrhaltung der sozialen Umwelt und negative soziale Reaktionen hervorruft (Lazarus & Folkman, 1984; Pennebaker, 1993^b), die ihrerseits belastungssteigernd wirken. Brown und Heimberg sahen in ihren Befunden die Vermutungen von Resick und Schnicke (1992) und Sharsky (1997) bestätigt, dass Schreiben über das Trauma alleine, ohne zusätzliches korrekatives Feedback, nicht für eine signifikante Verbesserung der Symptomatik ausreicht.

Zur Erklärung der gesundheitsfördernden Effekte von Disclosure werden kognitive, lerntheoretische, biologische und soziale Mechanismen herangezogen. Einerseits werden auf Löschung und Habituation beruhende Mechanismen angenommen. Andererseits wird davon ausgegangen, dass die Effekte auf einer sprachlich vermittelten Strukturierung (Hemmungstheorie sensu Pennebaker, 1982, 1995) bzw. einer Modifikation der traumatischen Furchtstruktur hin zu einer funktionalen Bewertung des Traumas und seiner Folgen (Furchtstrukturmodell, Foa & Kozak, 1986; Foa

& Riggs, 1995) beruhen. Die Hypothese, dass emotionale Verarbeitung durch kognitive Reorganisation stattfindet, wird durch verschiedene Befunde bestätigt: Verbesserte Psychopathologie bei nachlassender Fragmentierung der Traumaberichte (Foa et al., 1995), negativer Zusammenhang zwischen Lesbarkeit der Traumaberichte und PTB (Amir, Stafford, Freshman & Foa, 1998), Verbesserung der körperlichen Gesundheit durch die Sinngebung und Einsicht (Pennebaker, Mayne & Francis, 1997; Park & Blumberg, 2002) und Aufbau von Kontrollgefühlen über das Trauma (Pennebaker, 1990). Es wird vermutet, dass ein besseres Verstehen wiederum Scham, Schuld und negative emotionale Erregung reduzieren kann (Foa et al., 1995). Demgegenüber könne Nichterzählen eine negative Selbstwahrnehmung fördern, die selbst negative Emotionen auslöst. Es wird also davon ausgegangen, dass nicht nur das Nichterzählen, sondern auch das Unterdrücken der Erfahrungen negative Gefühle auslösen kann. Letzteres sieht Pennebaker (1990) in dem Befund bestätigt, dass Angeklagte trotz zu erwartender negativer Konsequenzen nach ihrem Geständnis viel entspannter sind.

Wie dargestellt, gehen die Arbeitsgruppen um Pennebaker und Foa von einer Reduktion der Intrusionen und der Vermeidung durch das Offenlegen belastender Erfahrungen aus. Demgegenüber konstruierte Lepore (1997) ein sozial-kognitives Erklärungsmodell, in dem von einer emotionalen Anpassung durch das Mitteilen belastungsbezogener Gedanken und Gefühle ausgegangen wird. Als zugrundeliegend vermutet er, dass durch das Mitteilen die emotionale Heftigkeit der intrusiven belastungsbezogenen Gedanken gemildert wird (Lepore, 1997). Als Belege für Habituationsprozesse können Studien herangezogen werden, in denen Schreiben die Effekte stressbezogener intrusiver Gedanken auf depressive Symptome (Lepore, 1997) und Atemwegserkrankungen (Lepore & Greenberg, 2002) reduzierten. Auch konnte gezeigt werden, dass das Schreiben über belastende Erfahrungen am ersten Tag stärker negative Stimmung hervorrief als an den Folgetagen (Smyth et al., 1999). Neben der adaptiven Emotions-

regulation durch Habituation vermuten die Autoren neuerdings aber auch kognitive Umstrukturierung und gerichtete Aufmerksamkeit auf die Belastung als die zugrundeliegenden Wirkmechanismen von Disclosure (Lepore, Greenberg, Bruno & Smyth, 2002). Zusätzlich vermuten Lepore und Kollegen (Kliwer et al., 1998; Lepore 1997; Lepore et al., 1996), dass soziale Prozesse, die das Offenlegen begleiten, einen wesentlichen Einfluss auf die emotionale Anpassung haben. In unterstützendem Kontext nehme die Erregung ab, was das Tolerieren der Intrusionen fördere. Hingegen begünstige ein nichtunterstützender Kontext das Unterdrücken von Gedanken und Gesprächen, wodurch das Akzeptieren intrusiver Erinnerungen schlecht akzeptierbar sei.

Bootzin (1997) führt Löschung negativer Reaktionen als grundlegenden Wirkmechanismus expressiven Schreibens an. Zur Begründung der positiven Wirkung von Disclosure sind aber auch andere Mechanismen denkbar. Die Theorie von Wegner, Shortt, Blake und Page (1990) zur Gedankenunterdrückung ist zum Beispiel gut auf die Wirkung von Disclosure bzw. Non-Disclosure übertragbar. Wegner und Erber (1992) vermuten, dass das Nicht-erzählen kognitiven Stress auslöst und dass zur Gedankenunterdrückung kognitive Ressourcen benötigt werden. Zusätzlich vermuten die Autoren eine extrem erleichterte Zugänglichkeit (*hyperaccessibility*) unterdrückter Informationen ins Bewusstsein, da das Unterdrücken gleichzeitig zwei Anforderungen stellt: Einerseits müssen die Informationen, die den Zustand repräsentieren, den man haben möchte überwacht werden. Gleichzeitig müssen Informationen berücksichtigt werden, die man vor anderen geheim halten möchte (Wegner et al., 1990). Konsistent mit diesen Annahmen ist, dass bei Personen, die das Loma Prieta Erdbeben 1989 erlebten, die meisten psychischen und physischen Probleme bei denjenigen auftraten, die mehr über das Ereignis nachdachten als darüber sprachen (Pennebaker & Harber, 1993): Je stärker Gedanken unterdrückt werden, desto größer war die Wahrscheinlichkeit stressbezogener psychischer und physischer Symptome (Pennebaker, 1989, 1990). Pennebaker et al. (1997) ziehen Paral-

lelen zwischen der positiven Disclosure-Wirkung und den Ergebnissen von Nolen-Hoeksema und Kollegen bezüglich des Grübelns (Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997). Durch kognitives Verarbeiten werden Denkmuster verändert, was das Grübeln reduziert und den Gesundheitszustand verbessert. Wenn Personen die Art und Weise verändern, wie sie reden, grübeln sie weniger und sind gesünder. Auch soziale Aspekte werden zur Begründung gesundheitsfördernden Wirkung von Disclosure herangezogen. Durch eine Außensicht können zum Beispiel neue Perspektiven des Erlebnisses gefördert werden (Pennebaker, 1990). Neuerdings wird auch die Verbesserung der Integration und der sozialen Unterstützung durch offenes Erzählen hervorgehoben (Niederhoffer & Pennebaker, 2002). Diese Vermutung wird durch den Befund bestätigt, dass Personen, die über belastende Erlebnisse schreiben, mehr soziale Unterstützung erhalten als Personen der Kontrollgruppe, die über neutrale Themen schrieben (Heffner-Johnson, 2002). Neuerdings gibt es allerdings Befunde, die dieselben (King & Miner, 2000) bzw. sogar stärkere gesundheitsfördernde (Marlo & Wagner, 1997) Effekte von Disclosure nach dem Erzählen der positiven Aspekte (*benefits*) des Traumas aufzeigen. Die Autoren stellen die grundsätzlich positiven Aspekte von Disclosure infrage, indem sie vermuten, dass sich durch Schreibinterventionen lediglich kurzzeitig die Stimmung verbessert, nicht aber grundsätzlich die psychische Gesundheit.

Bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse zur Wirkung des Offenlegens belastender bzw. traumatischer Erfahrungen sind die unterschiedlichen Disclosure-Modi zu beachten: Einerseits wurde per Fragebogen die Häufigkeit gemessen, mit anderen über das Trauma zu sprechen (Angel et al., 2001: Fremdauskunft; Southwick et al., 2000: Selbstauskunft). Andererseits wurde das Schreibparadigma von Pennebaker angewendet, in dem Emotionalität und Struktur der Berichte analysiert wurden (Gidron et al., 1996; Stroebe et al., 2002). Pennebaker und Kollegen unterdrückten das Offenlegen der belastenden Erfahrungen experimentell. Dabei blieb unklar, wie die Untersuchungspersonen au-

ßerhalb des Experiments mit ihren belastenden Erfahrungen umgingen. Außerdem können die körperlichen Prozesse, wie sie von Pennebaker und Kollegen gemessen wurden, unabhängig vom subjektiven Wohlbefinden sein. Einige Studien weisen zudem methodische Einschränkungen auf. Zum Beispiel wurden in der Studie von Gidron et al. (1996) nur 14 Personen untersucht. Angel et al. (2001) treffen ihre Aussagen hingegen auf der Basis eines einzigen Items. Zusätzlich sind die meisten Ergebnisse korrelativ.

Die bisherigen Theorien der Verursachung von Disclosure-Wirkungen sind beschränkt. Es ist nach wie vor nicht klar, ob die Nutzen des Erzählens die Kosten in allen Umständen überwiegen. Um die tatsächliche Wirkung auf Traumastichproben zu untersuchen, sind weitere Studien nötig. Außerdem muss Disclosure näher spezifiziert werden. Bisher wurden drei Forschungsansätze verfolgt, die wahrscheinlich genauer voneinander differenziert werden müssen. Im Disclosure-Paradigma von Pennebaker wird Disclosure als minimale Intervention betrachtet, bei der an etwa vier aufeinanderfolgenden Tagen je 10 - 20 Minuten über belastende Erfahrungen geschrieben wird. Demgegenüber stehen Studien, in denen Disclosure im Verlauf einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie untersucht wird. Als Disclosure-Maße werden dafür Therapiesequenzen zu Beginn und zum Schluss der Therapie analysiert. Eine weitere Definition von Disclosure findet sich vor allem im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung im Kindes- und Erwachsenenalter. Hier wird unter Disclosure primär das erste erzählende Aufdecken der bislang verschwiegenen Erfahrung verstanden und untersucht. Dieser Ansatz wurde in die vorliegende Arbeit nicht einbezogen, da er für das Verständnis des generellen Offenlegens von Traumaerfahrungen wenig Relevanz zu haben schien. Unberücksichtigt bleibt bei allen diesen Ansätzen das Erzählverhalten im Alltag. Wie aus der Literatur hervorgeht, haben das soziale Umfeld und das Verhalten des Opfers im Alltag jedoch eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon, Mikulincer & Flum, 1989). Aus diesem Grund

wurde in vorliegender Studie auf das Offenlegen der traumatischen Erfahrungen im Alltag besonderes Gewicht gelegt.

4.1.5 Erfassung von Disclosure

Disclosure war bisher meist über die Analyse von Texten erfasst worden (Foa et al., 1995; Pennebaker & Francis, 1996). Auf die psychometrische Konstruktion von Selbstbeurteilungsskalen war hingegen verzichtet worden. Existierende Skalen bezogen sich nicht direkt auf das Offenlegen traumatischer Erfahrungen, weswegen sie das Konstrukt ungenügend erfassten. Zum Beispiel erhebt der von Rimé, Mesquita, Philippot und Boca (1991) entwickelte „Social Sharing Questionnaire“ die Anzahl der Personen, mit denen man über die allgemeine Belastungen gesprochen hat sowie die Größe des sozialen Netzwerks. Andere Instrumente fokussieren sehr spezifisch auf ein bestimmtes Trauma, wie zum Beispiel das Erleben sexueller Gewalt (Ullmann, 2000). Weitere Skalen, die eher sozialpsychologische Fragestellungen verfolgen, zielen auf die allgemeine Tendenz zur Geheimhaltung (*Self Concealment Scale* von Larson & Chastain, 1990) bzw. zur Mitteilung (*Emotional Self Disclosure-Scale*: Snell, Miller & Belk, 1988) persönlicher Informationen ab. Zur Erfassung des Offenlegens traumatischer Erfahrungen wurde von Müller, Beauducel, Raschka und Maercker (2000) ein multidimensionales Disclosure-Konstrukt operationalisiert und auf rationaler Basis der „Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ konstruiert. Das Vorgehen bei der Konstruktion des Fragebogens sowie die psychometrischen Kennwerte sind in Kapitel 7 ausführlich beschrieben.

4.2 Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer

Die Art und Weise, in der interpersonelle Faktoren psychologisches Wohlbefinden beeinflussen, wurde sowohl in der allgemeinen Stressforschung (z.B. Dunkel-Schetter & Bennett, 1990; Folkman & Lazarus, 1980; Lepore, 1992; Major, Zubek, Cooper, Cozzarelli & Richards, 1997) als auch bezogen auf spezifische Lebensbelastungen (Revenson, Schiaffino, Majerovitz & Gibofsky, 1991) untersucht. Auch zum Einfluss sozialer Faktoren auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von PTB beziehungsweise auf die Bewältigung von Traumata existieren Befunde. Bisher wurden in diesem Kontext Traumata wie Trauerfälle (Lehman, Ellard & Wortman, 1986), chronische Krankheiten (Dakof & Taylor, 1990), Vergewaltigungen (Ullmann, 1996) oder Kriegseinsätze (Fontana & Rosenheck, 1994, Solomon et al., 1989) untersucht.

Traumatisierte haben meist ein großes Bedürfnis nach Unterstützung und Anerkennung durch ihre Umwelt. Sie sind sowohl darauf sensibilisiert, wie andere auf sie als Person reagieren und welche Sichtweise des traumatischen Geschehens diese haben als auch auf die ihnen von der Umwelt zugeschriebene Opferrolle (Johnson et al., 1997). In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass es wichtige Effekte auf die individuelle Traumabewältigung haben kann, ob und wie die Erfahrungen des Opfers durch sein soziales Umfeld validiert bzw. invalidiert werden (Bennett Herbert & Dunkel-Schetter, 1992; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Southwick et al., 2000; Ullman, 1996). Es wird angenommen, dass soziale Bestätigung und Anerkennung die kognitiv-emotionale Verarbeitung traumatischer Erlebnisse fördern, wohingegen negative Reaktionen die Verarbeitung des Traumas erschweren. Möglicherweise intensivieren als negativ und beschuldigend wahrgenommene Zuschreibungen die aversive Reaktion des Opfers beim intrusiven Wiedererleben und führen so zu gesteigertem Vermeidungsverhalten. Konsistent dazu ist der Befund, dass Traumaopfer Gedanken an traumatischen Erfahrungen und daraufbezogene Gefühle sowie Gespräche dar-

über unterdrücken, wenn sie sich in einem nichtunterstützenden Kontext befinden (Lepore, 1997).

Auf der Basis vorhergehender Studien zu gesellschaftlichen Bewältigungsfaktoren von PTB operationalisierten Maercker und Müller (2002) das Konzept der „Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung“. Gesellschaftliche Wertschätzung ist als das Erleben positiver Reaktionen des Umfelds definiert, in denen die außergewöhnlichen Erfahrungen der Opfers honoriert bzw. sozial gewürdigt werden. Das Opfer fühlt sich unterstützt und verstanden. Zusätzlich spiegelt sich in ihnen die Anerkennung der momentan schwierigen Situation des Opfers wieder. Dabei geht es nicht nur um die Reaktionen des engeren sozialen Netzwerks einer Person, sondern auch um solche ihrer weiteren Umgebung (z.B. Behörden, Vorgesetzte, Amtsträger, Politiker). Neben der wertschätzenden Haltung der Umwelt werden aber auch soziale Missbilligung oder Ablehnung als wesentliche Komponenten wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung erachtet. Studien belegen, dass diese Haltung dazu führen, dass sich Traumapatienten von ihrer Umwelt unverstanden und von ihrem sozialen Netzwerk entfremdet fühlen (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996). Negative soziale Reaktionen beinhalten vermutlich nicht nur die Abwesenheit positiver Reaktionen: Kritische und ablehnende Reaktionen anderer können bei Opfern traumatischer Erfahrungen dysfunktionale traumabezogene Kognitionen verstärken oder Grübeln auslösen (s. Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Die wahrgenommene Wertschätzung nach Traumatisierung wurde bisher nicht direkt untersucht. Die Relevanz der Variablen zeigt sich einerseits in klinischen Berichten (Meichenbaum, 1999 – allgemein für Traumapatienten; Maercker, 1998 – für ehemalige politische Inhaftierte; Gurrus & Wenk-Ansohn, 1997 – für Folteropfer). Andererseits deuten auch Befunde zu anderen, im weitesten Sinne verwandten psychologischen Konzepten, wie „soziale Unterstützung“ (Solomon & Smith, 1994) „negativer Empfang nach Kriegseinsatz“ (*rejection of welcome*) (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon et al., 1989) und „negative soziale Reaktionen“

(*negative social reactions*) (Bennett Herbert & Dunkel-Schetter, 1992) auf die Bedeutung der Variablen hin.

4.2.1 *Befunde zur sozialen Unterstützung*

Die meisten Befunde zu sozialen Prozessen nach belastenden Lebensereignissen bzw. Traumatisierung liegen für die soziale Unterstützung vor. Unter sozialer Unterstützung wird meist das Vorhandensein emotionaler, praktischer und materieller Unterstützung sowie Unterstützung beim Problemlösen verstanden. In weiter gefassten Definitionen findet sich zudem der Einbezug sozialer Integration. Die tatsächlich vorhandene soziale Unterstützung muss von der subjektiv wahrgenommenen unterschieden werden.

In der Traumaforschung ergab sich übereinstimmend in vielen Untersuchungen eine konträre Beziehung zwischen PTB-Symptomatik und wahrgenommener sozialer Unterstützung (Fontana & Rosenheck, 1994; Maercker, 1998; Schützwohl & Maercker, 1997; Solomon & Smith, 1994): Je mehr soziale Unterstützung wahrgenommen wird, desto geringer ist das Risiko der Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer PTB. Interessanterweise scheint der subjektiv wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine bedeutendere Rolle bei der Traumabewältigung zuzukommen als dem tatsächlichen Erhalt sozialer Unterstützung (Perrin, Van Hasselt, Basilio, Hersen, 1996; Taft, Stern, King & King, 1999). Der tatsächliche Erhalt sozialer Unterstützung war in den meisten Studien sogar negativ bzw. im besten Fall gar nicht mit der Bewältigung belastender Ereignisse assoziiert (Bolger, Zuckerman & Kessler, 2000). Ein weiteres Phänomen ist, dass nicht die Wahrnehmung vorhandener sozialer Unterstützung belastungsreduzierend zu wirken scheint, sondern dass vielmehr die Wahrnehmung fehlender Unterstützung eng mit hoher Belastung korreliert (Abbey, Abramis & Caplan, 1985; Pagel, Erdly & Becker, 1987; Rook, 1984; Solomon et al., 1988). Bei Frauen, die sich in gewalttätigen Partnerschaften befanden, wurde zum Beispiel ein Zusammenhang zwischen geringerer wahrgenommener sozialer

Unterstützung und dem Vorhandensein einer PTB-Diagnose gefunden (Perrin et al., 1996). Außerdem fanden Dakof und Taylor (1990) heraus, dass das Fehlen von Wertschätzung und emotionaler Unterstützung die schwersten negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der befragten Krebspatienten hatte.

Befunde deuten darauf hin, dass die soziale Unterstützung keinen Zusammenhang mehr mit der Verbesserung des Befindens hat, wenn der Stresslevel kontrolliert wird (Barrera, 1986). Die Autoren erklären den Befund dadurch, dass Personen, die stärker belastet sind mehr soziale Unterstützung erhalten. Außerdem wurde vermutet, dass das Empfangen von Hilfe dem Selbstbewusstsein schadet, weil es dem Empfänger seine eigene Hilfsbedürftigkeit vor Augen führt (Fisher, Nadler & Witcher-Alagna, 1982). Konsistent dazu ist der Befund eines erhöhten Angstlevels bei Personen, die soziale Unterstützung erhalten (Bolger et al., 2000). Ungeklärt ist allerdings, warum die Wahrnehmung sozialer Unterstützung hilfreich wirkt, während das Vorhandensein sozialer Unterstützung es nicht tut. Möglicherweise wirkt das Wissen, dass man Unterstützung haben könnte, wenn man sie bräuchte, wie ein psychologisches „Sicherheitsnetz“ das den Betroffenen hilft, ihre Belastungen aktiv selbst zu bewältigen. Dafür spricht, der Befund, dass Personen mit den meisten sozialen Ressourcen am wenigsten Unterstützung suchen (Wethington & Kessler, 1986).

4.2.2 Befunde zum negativen gesellschaftlichen Empfang von Kriegsveteranen

In mehreren Studien wurde berichtet, dass der negative Empfang heimkehrender Kriegsveteranen mit der Ausbildung von PTB assoziiert war (Fontana & Rosenheck, 1994; Kadushin, Boulanger & Martin, 1981, zit. nach Fontana & Rosenheck, 1994; Stretch, 1986). Johnson et al. (1997) identifizierten „Stress bei Kriegsheimkehr“ – vor Traumaschwere, Kindheits- und zivilen Traumata sowie belastenden Lebensereignissen – als stärksten Prädiktor für PTB-Häufigkeit und -Intensität. Solomon et al. (1989) zeigten, dass geringe soziale Integration und soziale Wertschätzung heim-

kehrender Kriegsveteranen mit stärkerer PTB-Symptomatik und chronischerem Verlauf in Verbindung standen. Auch das verzögerte Eintreten einer PTB war mit sozialen Einflussfaktoren assoziiert: Veteranen, die verstärkte Einsamkeit und Entfremdungsgefühle berichteten, eine geringere Zufriedenheit mit dem sozialen Netzwerk äußerten und deren Familien weniger verbunden und expressiv waren, hatten ein deutlich erhöhtes Risiko für eine PTB-Entwicklung lange nach der Heimkehr (Solomon et al., 1991). Diese Befunde müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden: Zwar scheint es plausibel, dass fehlende soziale Integration Einsamkeitsgefühle und Gefühle der Isolation hervorruft, welche die PTB-Symptome verstärken. Doch sind Entfremdungsgefühle auch klassische PTB-Symptome. Ein weiteres Ergebnis war, dass soziale Ressourcen – selbst bei Kontrolle der PTB-Symptomatik – direkte unique Varianzanteile bei der Vorhersage von Somatisierung hatten (Solomon, Mikulincer & Habershaim, 1990). Parallel dazu identifizierten Fontana und Rosenheck (1994) das Fehlen von Unterstützung bei heimkehrenden Vietnamveteranen neben der Traumaexposition als bedeutendsten Prädiktor für das PTB-Ausmaß. Die Autoren betrachten die Heimkehr traumatisierter Veteranen als kritischen Punkt. Hier entscheide sich, ob aus einer Akuten Belastungsstörung eine chronische PTB wird oder ob die Bewältigung der Traumaerfahrungen gelingt: Ein aufnehmender Empfang legitimiere und rechtfertige die Kriegshandlungen, an deren Richtigkeit der Veteran selbst zweifle, gesellschaftlich. Ein integriertes Gesellschaftsmitglied zu sein, könne helfen, mit den Alltagsansprüchen und dem emotionalen Verlauf des Traumas fertig zu werden. Durch unterstützendes Zuhören könne er seine Erfahrungen in das Zivilleben integrieren. Hingegen vermittele eine abweisende Begrüßung die gesellschaftliche Verurteilung und bestätige die Zweifel des Veteranen. Es existiere keine Möglichkeit, sich offen mitzuteilen, pathologische Reaktionen seien die Folge. Diese Vermutung wird auch durch die Ergebnisse eines Vergleichs der PTB-Prävalenz zwischen US-Veteranen gesellschaftlich nicht akzeptierter Einsätze (z.B. Vietnam) und akzeptierter Kampfhandlungen (z.B. 2. Weltkrieg) bestätigt: Soldaten

akzeptierter Einsätze bildeten wesentlich seltener eine PTB aus (Rosenheck & Fontana, 1994). Die öffentliche Haltung bzw. gesellschaftliche Wertschätzung scheint demnach von tiefgreifender Bedeutung für die Anpassung nach dem Trauma zu sein: Einerseits hat Wertschätzung vermutlich selbst einen gesundheitsfördernden Effekt, andererseits kann durch öffentliche Unterstützung vermehrt – sowohl bei Opfern als auch in deren Umfeld – über Traumafolgen aufgeklärt sowie deren Akzeptanz und Inanspruchnahme von Hilfe gefördert werden.

4.2.3 Einflussfaktoren auf soziale Unterstützung

Soziale Interaktionen sind sowohl durch Ereignis-, Opfer- und Helferfaktoren determiniert. Aus diesem Grund ist die Untersuchung ihres Zusammenhangs mit der Bewältigung belastender bzw. traumatischer Erfahrungen komplex. Befunde zeigen, dass allein schon der Opferstatus an sich zu negativen sozialen Reaktionen führen kann (Silver, Wortman & Crofton, 1990). Jones et al. (1984) führten unterschiedliche soziale Interaktionen auf verschiedene Ereignischarakteristika zurück: Offen versus kaschierbares Ereignis, Änderungen der Folgen im Verlauf versus ultimativer Zustand, Beeinträchtigung der sozialen Interaktion und Kommunikation, ästhetische Merkmale, Ursache/Verantwortlichkeit, Gefahr für andere. Weiner, Perry und Magnusson (1988) fanden heraus, dass Opfern mehr geholfen wurde, wenn das erlebte Trauma von den Netzwerkmitgliedern als unvorhersehbar und sein Eintreten als unkontrollierbar angesehen wurde; Hingegen entstanden bei den Netzwerkmitgliedern Verärgerung und Widerwille zu helfen, wenn die belastenden Ereignisse als vorhersehbar eingestuft wurden. Die Studie von Leymann und Lindell (1990) ergab, dass die von ihnen untersuchten Personen, die zum ersten Mal traumatisiert wurde, mehr Unterstützung erhielten, als Personen, bei denen schon mehrere Traumata vorlagen. Ein weiterer Befund stammt von Weiner et al. (1988), die herausfanden, dass die Studienteilnehmer mit körperlichen Traumafolgen eher positive soziale Reaktionen erhielten, während Personen mit psychischen Folgen mehr negative soziale Reaktionen bekamen. Zusätzlich wird

davon ausgegangen, dass soziale Reaktionen einem zeitlichen Prozess unterliegen (Pennebaker, 1993^b; Wortman & Silver, 1989): Personen, die ihre Erfahrungen nach einer sozial vorgeschriebene Dauer für die Traumabewältigung noch nicht bewältigt haben, erleben das Nachlassen emotionaler Unterstützung bzw. negative Reaktionen.

Sowohl soziodemographische als auch psychologische Personenvariablen scheinen einen Einfluss auf den Erhalt sozialer Unterstützung nach Traumatisierung zu haben. Weiner et al. (1988) untersuchten die sozialen Unterstützung von Personen, die am Arbeitsplatz überfallen worden waren. Sie fanden heraus, dass Frauen, vor allem junge, mehr Unterstützung erhielten als Männer. Auch unverheiratete Personen wurden mehr unterstützt als Verheiratete. Untersuchungen zeigten, dass Optimismus – von den Autoren als stabiler Persönlichkeitsfaktor betrachtet – mit sozialer Unterstützung assoziiert ist. In weiteren Untersuchungen zeigte sich ein Zusammenhang von höherem Optimismus sowohl mit einem größeren sozialen Netzwerk und mehr wahrgenommener Unterstützung als auch mit einer stärkeren Unterstützungszunahme während Belastungszeiten (Brissette, Scheier & Carver, 2002; Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley & Baum, 2001). Der Erhalt und die Wahrnehmung sozialer Unterstützung kann vermutlich nicht nur als Charakteristikum des sozialen Netzwerks betrachtet werden, sondern auch als individuelles Charakteristikum: Personen scheinen sich im Ausmaß zu unterscheiden, in dem sie Unterstützung suchen und wie hilfreich sie die Unterstützungsversuche anderer wahrnehmen (Brissette et al., 2002; Dougall et al., 2001). Ingram, Betz, Mindes, Schmitt und Grant Smith (2001) fanden jedoch heraus, dass die Beziehung zwischen nichtunterstützenden sozialen Interaktionen und verstärkter Symptomatik nicht auf grundsätzlich negativen Beziehungen beruhte. Dies legt nahe, dass nicht nur Persönlichkeitsfaktoren Einfluss auf Erhalt und Ausmaß von Unterstützung nach Belastung haben.

In klinischen Studien zeigte sich, dass die psychische Befindlichkeit selbst in starkem Ausmass mit der sozialen Unterstützung zusammenzuhängen scheint. Zum Beispiel fanden Winer, Bonner, Blaney und Murray (1981) heraus, dass depressive Personen von ihrem sozialen Umfeld weniger unterstützt wurden als nichtdepressive. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass dies nicht auf der negativen Stimmung beruht (Ingram et al., 2001). Möglicherweise spielt vielmehr das Verhalten der Opfer selbst eine Rolle. So fanden zum Beispiel Bennett Herbert und Dunkel-Schetter (1992) heraus, dass stark belastete Opfer, die keine aktiven Bewältigungsversuche unternahmen, am wahrscheinlichsten negative soziale Reaktionen hervorriefen.

Eine weitere Assoziation besteht möglicherweise zwischen der prätraumatischen sozialen Integration und der späteren sozialen Unterstützung. Calhoun und Tedeschi (1990) fanden nämlich heraus, dass nach einem belastenden Ereignis keine neuen Beziehungen aufgebaut, sondern lediglich vorhandene Kontakte gefestigt und das Vertrauen in diese verstärkt werden. Ähnlich ist das Ergebnis von Leymann und Lindell (1990), dass sich bei den von ihnen untersuchten Traumaopfern, die schon vor dem Trauma Probleme mit Sozialpartnern hatten, die soziale Unterstützung nach dem Trauma nicht signifikant steigerte.

Die Familie wurde in verschiedenen Studien als wichtigste Unterstützungsquelle identifiziert (Leymann & Lindell, 1990; Solomon et al., 1991). Ergebnisse belegen allerdings, dass belastete Personen neben den meisten positiven auch die meisten negativen Reaktionen von ihrer Familie erhalten (Dakof & Taylor, 1990). Bennett Herbert und Dunkel-Schetter (1992) fanden, dass negative Reaktionen im Laufe der Zeit immer wahrscheinlicher wurden. Die Autoren beschrieben, dass zusätzlich zu negativen Reaktionen Verhaltensinkonsistenzen der Netzwerkmitglieder auftraten, die für die Opfer besonders belastend, verunsichernd und verwirrend seien. Solche Inkonsistenzen können nach Angaben der Autoren aus einer Mischung von positiven und negativen Reaktionen, aus

abwechselndem Vorhandensein bzw. Fehlen von Unterstützung oder aus einer Kombination hilfreicher und wenig hilfreicher Unterstützungsversuche bestehen. Es seien aber auch Inkonsistenzen zwischen den Intentionen einer Person und ihrem tatsächlichen Verhalten möglich. Negative soziale Reaktionen des Umfelds werden von einigen Autoren darauf zurückgeführt, dass die Konfrontation mit Traumaopfern und deren Schilderungen bei Personen aus dem Umfeld Angst, Unsicherheit über angebrachtes Verhalten und eigene Belastung auslöse. Aus diesem Grund ermutigten Personen aus dem Umfeld das Opfer, seine Gedanken an die Erfahrungen zu unterdrücken und zu verschweigen (Lehman et. al., 1986; Wu Shortt & Pennebaker, 1992).

4.2.4 Kritik an bisherigen Forschungsmethoden

Die bisherigen Ergebnisse zu sozialen Interaktionen sind mit Vorsicht zu betrachten, da bei vielen Untersuchungen einige der folgenden methodischen und konzeptionellen Probleme auftraten. Die Konzeptualisierungen sozialer Interaktionen und insbesondere die – bisweilen wenig differenzierten – Operationalisierungen der einzelnen Konstrukte variieren beträchtlich. Damit sind die Ergebnisse verschiedener Forschergruppen schwer vergleichbar. Die verschiedenen Variablen wurden zudem nicht immer hinreichend präzise voneinander unterschieden (Sommer & Fydrich, 1991). Die Konzepte beziehen sich auf tatsächliche versus wahrgenommene Unterstützung, auf verschiedene Unterstützer und Unterstützungsformen, auf quantitative versus qualitative Merkmale des sozialen Netzwerks, auf stressorspezifische versus generelle negative Interaktionen und nicht zuletzt auf das Vorhandensein bzw. Fehlen sozialer Ressourcen. So vielfältig die Blickwinkel sind, so vielfältig sind auch die verwendeten Bezeichnungen der untersuchten sozialen Interaktionen: Subjektive und objektive soziale Unterstützung, instrumentelle oder emotionale Unterstützung, soziale Zwänge, negative Interaktionen. Kritisch ist zudem, dass bisherige Interpretationen zumeist auf Daten retrospektiver Fragebogenerhebungen basieren. Außerdem sind die gefundenen Zusammenhänge zwischen sozialen Prozessen und

psychosozialen Störungen zwar häufig signifikant, aber meist nur von mittlerer Stärke. In verschiedenen Studien zur Bewältigung von Lebensbelastungen wurde darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, soziale Interaktionen stressorspezifisch zu messen (Cutrona & Russell, 1990; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990), da die hilfreichsten Formen sozialer Unterstützung sich auf die spezifischen Bedürfnisse zu beziehen scheinen, die durch den Stressor entstanden sind (Cutrone & Russel, 1990). Nichtsdestotrotz wurden in den meisten Stress- und Copingstudien die soziale Interaktionen sehr generell gemessen und fokussierten nicht auf den Kontext der spezifischen Lebensbelastungen (Ingram et al., 2001). Infolgedessen ist wenig über ereignisspezifische Reaktionen bekannt und noch weniger, wie sich diese Reaktionen auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken.

4.2.5 Erfassung sozialer Interaktionsprozesse

Für das Konzept der wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer lagen keine psychometrischen Erfassungsmethoden vor. Auch für mögliche andere sozialpsychologische Parameter der Anerkennung von Opfern lagen im gesamten Bereich der Erforschung sozialer Reaktionen auf Lebensbelastungen keine psychometrisch fundierten Instrumente vor.

Zum Beispiel enthält die Skala *Perceived Availability of Illness-Related Social Support* von Siegel, Raveis und Karus (1997) neben Items zur allgemeinen sozialen Unterstützung Fragen, die sich auf die krankheitsbezogene soziale Unterstützung beziehen. Die Aussagekraft des Instruments ist außerdem aufgrund der Skalenlänge (6 Items) und der dichotomen Antwortskala beschränkt. Weitere Skalen sind zwar länger und besitzen ein angemessenes Skalenniveau, sind aber so spezifisch, dass sie nur für bestimmte Opfergruppen belastender oder traumatischer Erlebnisse verwendet werden können. Zum Beispiel entwickelte Ullmann (2000) den *Social Reactions Questionnaire* zur Erfassung negativer sozialer Reaktionen während des erstmaligen Offenlegens sexueller Gewalt. Das *Crime Impact Social Support In-*

ventory von R.C. Davis, Brickman & Baker (1991) bezieht sich hingegen ausschließlich auf soziale Reaktionen nach Kriminalitätsdelikten. Demgegenüber sind die *Social reintegration scale* (Laufer, Yager, Frey-Wouters, & Donellan, 1981, zitiert nach Fontana, Rosenheck & Brett, 1992) und die *West Haven Homecoming Stress Scale* (Johnson et al., 1997) spezifisch für aus dem Krieg heimkehrende Veteranen konzipiert.

Im Rahmen der Untersuchung interpersoneller und soziokognitiver Faktoren bei der Bewältigung von Traumaerfahrungen entwickelten Maercker und Müller (2002) den *Fragebogen zur wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer/ Überlebender*. Der Fragebogen wurde zur Prädiktion der PTB-Symptomatik verwendet. Anders als der *Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen* sind die Beschreibung des Vorgehens bei der Konstruktion und die Kennwerte der Skala nicht Teil vorliegender Arbeit. Der Fragebogen wird im Folgenden kurz vorgestellt. Für ausführlichere Angaben wird auf Maercker und Müller (2002) verwiesen.

Der *Fragebogen zur wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer/Überlebender* erfasst die subjektiv wahrgenommene Unterstützung, Anerkennung und Achtung, die einem Traumaopfer entgegengebracht wird. Die Items wurden aufgrund der Befunde zur Bedeutung der Wahrnehmung gesellschaftlicher Wertschätzung (z.B. Fontana & Rosenheck, 1994) generiert. Grundlage waren die Dimensionen: a) Wertschätzung in der Familie/durch den Partner, b) Wertschätzung durch Freunde, c) Wertschätzung im größeren sozialen Umfeld (Bekannte, Nachbarn) sowie d) Wertschätzung in der Öffentlichkeit (bedeutende Personen des öffentlichen Lebens (wie Pfarrer, Bürgermeister) e) generelles Empfinden der entgegengebrachten Wertschätzung. Aus einem Itempool von 66 Items wählten Experten 47 Items aus. Diese Version wurde 178 Opfern politischer Inhaftierung in einer Pilotstudie zur weiteren Validierung vorgelegt. Die endgültige Version enthält 16 Items, die sich auf die drei Subskalen „Anerken-

nung als Opfer“, „Generelles Unverständnis“ und „Familiäres Unverständnis“ aufteilen. Die Skalen korrelieren moderat positiv oder negativ untereinander und zeigten gute Reliabilität und Validität (Cronbachs Alpha: $\alpha = .79 - .86$, Retestreliabilität; $r_{tt.} = .70 - .79$; Maercker & Müller, 2002). Der Wertschätzungs-Fragebogen besaß zusätzliche Varianzanteile zu einem Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Korrelation der Skalengesamtwerte: $r = .63$), was für die Unabhängigkeit der beiden Konstrukte untereinander spricht.

Zusammenfassend zeigt sich, dass interpersonelle und soziokognitive Faktoren von Bedeutung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sein können. Dabei scheinen diese Faktoren nicht unabhängig voneinander zu sein. Traumaopfer haben häufig ein großes Bedürfnis, ihre Erfahrungen anderen mitzuteilen (Lehman et al., 1986). Dabei scheinen soziale Prozesse von Bedeutung zu sein: Lepore et al. (1996) fanden heraus, dass Mütter, die von ihrem sozialen Umfeld eingeschränkt wurden, weniger wahrscheinlich über den Tod ihres Kindes sprachen und wahrscheinlicher durch intrusive Gedanken belastet waren als Mütter mit adäquaten sozialen Beziehungen.

5. Fragestellungen und Ziele

Das Forschungsprojekt untersuchte bisher wenig erforschte Faktoren, von denen angenommen werden konnte, dass sie relevant für die Erklärung der Gesundung nach Traumatisierung bzw. für die Entstehung und Chronifizierung von PTB sind. Basierend auf dem Rahmenmodell von Maercker knüpfte das Projekt an verschiedene traumaspezifische, aber auch sozialpsychologische Forschungslinien an. Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit war die theoriegeleitete Überprüfung interpersoneller und soziokognitiver Einflussfaktoren auf den Ausprägungsgrad Posttraumatischer Belastungsstörungen. Dabei sollten folgende differenzierte Fragestellungen bearbeitet werden:

1. Ist es möglich zum Konstrukt *Offenlegen traumatischer Erfahrungen (disclosure)* einen reliablen und validen Fragebogen zu konstruieren?

Es wurde vermutet, dass sich auf Grundlage der Literatur und klinischer Beobachtungen eine Skala auf verschiedenen Dimensionen des Offenlegens traumatischer Erfahrungen entwickeln lässt, die das intendierte Konstrukt reliabel und valide erfassen kann.

2. Steht das offene Erzählen der traumatischen Erfahrungen und der dazugehörigen Gefühle und Gedanken in Zusammenhang mit der PTB-Symptomatik, allgemeiner Psychopathologie sowie körperlichem und psychischen Wohlbefinden?

Es wurde ein komplementärer Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Offenlegens und der Belastung (PTB, allgemeine Psychopathologie und subjektiver Gesundheitszustand) angenommen. Die Vermutung war, dass Personen, die mehr über ihre traumatischen Erfahrungen sprechen, weniger belastet sind als Personen, die zum Verschweigen der Erfahrungen neigen. Diese Hypothese basierte auf den Theorien zur kognitiven Traumaverarbeitung sowie auf Befunden in der Literatur. Wie der Überblick zur Disclosure-Forschung zeigte, sind diese Befunde allerdings

sehr uneinheitlich. In nichtklinischen Stichproben ist der gesundheitsfördernde Einfluss schriftlichen Disclosures auf körperliche und psychische Befindlichkeit durch viele Studien gezeigt worden (z.B. Pennebaker et al., 1999). Demgegenüber stehen die Ergebnisse aus der Traumaforschung, in denen sich keine bzw. sogar negative Auswirkungen schriftlichen Disclosures zeigten (Gidron et al., 1996). Die Schreibinterventionen in den Traumastichproben, die den negativen Ergebnissen zugrunde liegen, waren jedoch sehr kurz. Deswegen wurde davon ausgegangen, dass sich gesundheitsfördernde Effekte in diesen Untersuchungen nicht zeigen konnten. Gegenläufig dazu wurde vermutet, dass das in vorliegender Studie durch den Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen erfasste Alltagsverhalten einer traumatisierten Person eine stärkere Wirkung hat, so dass die gesundheitsfördernden Auswirkungen des Redens über die Traumaerfahrungen ersichtlich werden.

3. Ist die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer mit einer geringen PTB-Symptombelastung assoziiert?

Basierend auf vorangegangenen Studien zu verwandten Konstrukten wie soziale Unterstützung (Maercker, 1998) und negativer Empfang von Veteranen, die aus dem Krieg heimkehrten (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon et al., 1989), wurde erwartet, dass das Konstrukt fehlender gesellschaftlicher Wertschätzung mit der PTB-Symptomatik in Zusammenhang steht. Speziell vermuteten wird, dass die fehlende gesellschaftliche Wertschätzung zusätzlich signifikante Varianz für die PTB-Belastung, die allgemeine Psychopathologie und den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand aufzuklären vermag. Es interessierte in diesem Zusammenhang außerdem, ob die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung mit soziodemographischen Merkmalen oder der Traumadosis sowie mit posttraumatisch veränderten Kognitionen in Zusammenhang steht, und ob das Konstrukt mit der Variablen „soziale Unterstützung“ redundant ist, die häufig in der PTB-Forschung eingesetzt wird.

4. Vermögen die interessierenden interpersonellen und sozio-kognitiven Variablen zusätzlich zu bereits häufig untersuchten „Basisvariablen“ (Geschlecht, Alter, Bildung, Zurückliegen der Tat, Traumaexposition und allgemeine soziale Unterstützung) und kognitiven posttraumatischen Veränderungen Varianz der PTB-Symptomatik, der allgemeinen Psychopathologie und des Gesundheitszustandes aufzuklären?

Basierend auf dem Rahmenmodell von Maercker (2003) wurde davon ausgegangen, dass beide untersuchten Variablen zusätzlichen Erklärungswert für die Maße der Psychopathologie haben. Dabei wurde insbesondere vermutet, dass das Offenlegen traumatischer Erfahrungen sowie die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung zusätzlichen Erklärungswert zu den im Allgemeinen sehr varianzstarken posttraumatischen kognitiven Veränderungen besitzen.

5. Unterscheiden sich die Schilderungen traumatischer Erfahrungen von Personen mit und ohne PTB bezüglich der beiden voneinander unabhängigen Aspekte *schriftlicher emotionaler Ausdruck* und *Fragmentierung des Traumaberichtes*?

Aufgrund bisheriger Befunde (Foa et al., 1995; Alvarez-Conrad et al., 2001) wurde ein Zusammenhang der beiden untersuchten Aspekte mit der PTB-Symptomatik angenommen. Es sollte untersucht werden, ob die Unterschiede zwischen Personen mit und ohne PTB in einmaligen Berichten erkennbar sind. Dabei wurde vermutet, dass die Traumaberichte von Personen ohne PTB flüssig und unfragmentiert sind, und stärkeren emotionalen Ausdruck enthalten als die Berichte von Personen mit PTB-Symptomatik.

6. Untersuchungsdesign und allgemeines Vorgehen

Da die Methodik der Untersuchungen in den einzelnen Abschnitten genau beschrieben wird, gebe ich hier nur einen kurzen Überblick und verweise auf die jeweiligen Kapitel.

Die hier dargestellten Daten sind Teil einer Serie von Studien zur Untersuchung des Einflusses interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die PTB-Symptomatik (Maercker & Müller, 2003).

Ehemalige politisch Inhaftierte in der DDR:

Ersterhebung: N = 178, Haftentlassung vor durchschnittlich 24.6 Jahren.

Zweiterhebung: N = 44, durchschnittlich 2 Monate nach der Ersterhebung.

Kriminalitätsoffer aus Deutschland:

Ersterhebung: N = 178, Traumatisierung durchschnittlich vor 5 Monaten.

Zweiterhebung: N = 86, durchschnittlich 6 Monate nach der Ersterhebung.

Geplant:

Internationale Validierungsstichprobe.

Das Projekt begann im Oktober 1999 am Fachbereich *Klinische Psychologie und Psychotherapie* der Technischen Universität Dresden, Deutschland unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. A. Maercker. Im Januar 2002 wurde es an den Fachbereich Klinische Psychologie II (Prof. Dr. U. Ehlert) der Universität Zürich, Schweiz verlegt.

Zu Beginn der Untersuchung lagen keine Verfahren zur Erhebung der Konzepte „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ und „Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“ vor. Deswegen wurden solche Verfahren aufgrund konzeptueller Überlegungen, klinischer Beobachtungen und der vorgefundenen Literatur konzipiert und psychometrisch entwickelt. Die Beschreibung

der Entwicklung des Fragebogens zum „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ findet sich in Kapitel 7, jene des Fragebogens „Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“ bei Maercker & Müller (2002). Das Vorgehen bei der Bewertung der Traumaberichte ist in Kapitel 9 dargestellt. Die Vorgehensweisen bei der Rekrutierung der Untersuchungsteilnehmer sowie die Stichprobenmerkmale sind in den Kapiteln 7 (ehemalig politisch Inhaftierte) sowie in den Kapiteln 8 und 9 (Kriminalitätsoffer) ausführlich beschrieben. Eine genaue Beschreibung der zur Beantwortung der Forschungsfragen zusätzlich eingesetzten Instrumente ist in den jeweiligen Kapiteln (7-9) gegeben.

7. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen¹

7.1 Einleitung

In der ehemaligen DDR wurde von der politischen Führung gezielt Gewalt eingesetzt, um Widerstand in der Bevölkerung gegen das totalitäre Regime zu entgegnen oder diesen im Vorfeld zu unterbinden. Die Mittel politischer Verfolgung waren vielseitig und reichten von der Einschränkung allgemeiner persönlicher Freiheitsrechte bis hin zu körperlicher Gewalt (Morawe, 2000). Verfolgt wurden sowohl Personen, die die totalitäre Führung bewusst in Frage stellten oder gegen sie politisch aktiv waren, als auch Personen, die nicht bewusst oder aus politischer Überzeugung mit den Behörden in Konflikt gerieten (Finn, 1996). Zwischen 1949 und 1989 wurden mindestens 150.000 bis 200.000 Menschen aus politisch motivierten Gründen inhaftiert (K.D. Müller, 1997, vgl. Maercker 1998).

Es können verschiedene Phasen der vierzig Jahre DDR in bezug auf die Haftbedingungen unterschieden werden (Maercker, 1998): 1949 - 1953 mit extremen Haftbedingungen und Unterernährung sowie erhöhter Sterblichkeit; 1954 - 1970 mit starker Überbelegung und der Einführung von Gefangenearbeit als Pflicht sowie 1971 - 1989 nach dem Umbau von Haftanstalten und neuen Strafvollzugsgesetzen, die das Schwergewicht von offener körperlicher Gewalt auf psychologische Misshandlungen (z.B. bestimmte Verhörpraktiken, Drohungen, Isolation) verlegte (Morawe, 2000). In der zweiten und dritten Phase hatte das Ministerium für Staatssicherheit („Stasi“) eigene Untersuchungsgefängnisse, in denen die überwiegende Anzahl der politischen Häftlinge (ca. 80%, vgl. Finn, 1996) bis zur Gerichtsverhandlung untergebracht waren. Vor der Entlassung aus der Strafhäft nahm die Stasi den politischen

¹ Quelle: Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J. & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 413-427.

Gefangenen in der Regel eine „Schweigeerklärung“ ab, nichts über die gesamte Haftzeit, einschließlich der Vernehmungen, zu erzählen. Für den Fall einer Schweigepflichtverletzung wurden neue Repressalien und Inhaftierung angedroht.

Das Erleben politischer Gewalt gilt laut dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV, APA, 1996) als Trauma, das zur Entwicklung psychischer Folgen und Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTB) führen kann. Posttraumatische Belastungsstörungen sind gekennzeichnet durch verschiedene Formen des Wiedererlebens (Intrusionen), die anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, und der Abflachung der allgemeinen Reagibilität sowie durch Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Diese Symptome treten in Folge des Traumas auf und halten mindestens einen Monat an. Ist der Belastungsfaktor – wie bei politischer Inhaftierung – durch Menschen verursacht, ist laut DSM-IV eine besonders schwere und langandauernde Störung wahrscheinlich.

Die Möglichkeiten ehemals in der DDR politisch Inhaftierter, ihre Traumaerfahrungen sowohl im familiären als auch im gesellschaftlichen Rahmen zu erzählen und offenzulegen, waren aus verschiedenen Gründen sehr gering. Aufgrund der genannten angedrohten Repressalien verzichteten die meisten politisch Inhaftierten nach ihrer Freilassung in der DDR darauf, über ihr Verfolgungs- und Inhaftierungstrauma zu berichten. Häftlinge, die durch die Bundesrepublik freigekauft wurden, machten demgegenüber häufig die Erfahrung, dass ihnen nicht (vollständig) geglaubt wurde bzw. stießen auf mangelndes Interesse durch ihre Mitmenschen.

Auch nach der Wiedervereinigung Deutschlands ist das Bedürfnis der ehemals Inhaftierten nach Offenlegen ihrer Erfahrungen verschiedentlich enttäuscht worden. Das anfängliche Medieninteresse am Schicksal der Betroffenen war nur von kurzer Dauer. Die Betroffenen erfuhren nur in einem für sie als gering empfundenen

Maß öffentliche und finanzielle Anerkennung (Faust, 1999). Ihre nicht geringe Memoirenliteratur fand keine Beachtung und konnte fast nur in kleinen oder Selbst-Verlagen erscheinen (Bilke, 1994). Mittlerweile sind viele der Opfer resigniert und vermeiden erneut die Konfrontationen mit dem Thema. Diese Umstände führen dazu, dass viele Betroffene noch nie mit jemandem über das Trauma ihrer politischen Verfolgung und/oder Inhaftierung gesprochen haben oder nur mit ihren damaligen „Leidensgefährten“ darüber sprechen.

Im Rahmen einer neuen, umfassenden Studie (Maercker, 2000) wird zum einen an diese Sachlage angeknüpft, zum anderen wird darauf abgezielt, Faktoren zu untersuchen, von denen angenommen werden kann, dass sie relevant für die Erklärung der Chronifizierung bzw. Gesundung von PTB nach einem traumatischen Erlebnis sind. Dabei wird auf bisher wenig untersuchte interpersonelle und soziokognitive Faktoren fokussiert, deren Bedeutsamkeit durch klinische Erfahrungen sowie durch einzelne empirische Befunde jedoch nahe liegt. Hierbei wird angenommen, dass PTB eine Folge von Beeinträchtigungen des normalen Prozesses der Gesundung (*recovery*) ist und dass interpersonelle und soziokognitive Faktoren einen wesentlichen Teil dieser Beeinträchtigungen determinieren (vgl. Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon, Mikulincer & Flum, 1989). Angenommen wird, dass eine akut entstandene PTB durch spezifische Kommunikationsstörungen wie Nicht-Offenheit (*non-disclosure*), die Nicht-Bereitschaft anderer, den Traumaerzählungen zuzuhören sowie fehlende gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer/Überlebender aufrechterhalten und chronifiziert wird. Spezifisch wird angenommen, dass die sich wechselseitig beeinflussenden Symptomkomplexe Intrusionen und Vermeidungsverhalten durch die Unmöglichkeit des verbalen Formulierens der Erfahrungen gegenseitig aufrechterhalten.

7.2 Das Disclosure-Konzept

Befunde zum Konzept des Offenlegens (*disclosure*) der traumatischen Erfahrungen liegen von verschiedenen Autoren vor (Esterling, L'Abate, Murray & Pennebaker, 1999; Pennebaker, 1993^a; Pennebaker & Francis, 1996; Pennebaker et al., 1988; Pennebaker & Traue, 1993). Die gesundheitsförderlichen Effekte des offenen Erzählens über Traumata und, im Gegensatz dazu, die gesundheitsschädlichen Auswirkungen der Unterdrückung emotionaler Gespräche wurden in den letzten Jahren durch viele Forschungsergebnisse bestätigt (vgl. Esterling et al., 1999). Pennebaker (1995) erklärte die stress-neutralisierende Wirkung von Disclosure mit der Strukturierung des ursprünglich verbal nicht zugänglichen belastenden Erlebnisses durch die Übersetzung der Erfahrungen in verbale Elemente und kognitiv-emotionale Strukturen. Demnach sind Menschen durch Sprache dazu in der Lage, ihre kognitiv-emotionalen Strukturen sowie die stressauslösenden Erlebnisse zu organisieren, strukturieren und anzupassen. Stiles (1995) vermutet, dass durch Sprechen über das Ereignis zwei wichtige Ziele erreicht werden: Erstens wird durch Aussprechen Angst reflektiert und reduziert, zweitens wird durch das wiederholte Erzählen die Anpassung gefördert.

Ein ebenfalls häufig gezeigtes Phänomen ist die Verbesserung der physischen Gesundheit durch therapeutisch angeleitetes Schreiben über belastende Erlebnisse (vgl. Esterling et al., 1999; Pennebaker, 1989). In einer Analyse von Texten von Probanden (Pennebaker & Francis, 1996) zeigte sich darüber hinaus eine positive Korrelation zwischen der Verbesserung der Gesundheit und der Häufigkeit der Verwendung positiver Emotions-, einsichtsbezogener und Kausalworte.

Das Disclosure-Phänomen kann auch durch Studien als belegt gelten, die nicht direkt das Disclosure-Konzept untersuchten: Foa, Molnar und Cashman (1995) fanden beispielsweise bei unbehandelten Traumatisierten eine Beeinträchtigung grundlegender kognitiver und Gedächtnisprozesse sowie der Fähigkeit, zusammen-

hängende Narrationen zu konstruieren. Als Ergebnis therapeutischer Intervention werden außerdem Zusammenhänge zwischen der (zunehmenden) Häufigkeit offenen Erzählens und der Abnahme posttraumatischer Symptome berichtet (Foa et al., 1995). Disclosure – in geschriebener sowie in mündlicher Form – wird deshalb als therapeutisches Mittel diskutiert und im Rahmen konfrontativer Verfahren eingesetzt (Esterling et al., 1999; Lange et al., 1999).

Einzelne neuere Befunde erbrachten allerdings Ergebnisse, nach denen Disclosure kein gesundheitsfördernder Faktor ist (Angel et al., 2001; Gidron et al., 1996). Da in beiden Studien keine mitteleuropäischen bzw. nordamerikanischen Populationen untersucht wurden, könnten diese Ergebnisse möglicherweise auf kulturelle Wertvorstellungen im Zusammenhang mit der sozialen Kommunikation von Leidenszuständen hinweisen (vgl. Maercker, 1999). Allerdings ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse aufgrund methodischer Mängel beider Studien sehr eingeschränkt.

In der Forschungsliteratur wurden bisher zwar eine Reihe von Erfassungsmethoden für Disclosure eingesetzt, auf die psychometrische Konstruktion von Selbstbeurteilungsskalen wurde dabei jedoch verzichtet. Bisher wurde v.a. die Häufigkeit von Disclosure mittels Textanalyse erhoben (Pennebaker, 1993^a) und kategoriale Zuordnungen sprachlicher Elemente (Foa et al., 1995) bzw. thematischer Inhaltanalysen (Maercker, Bonnano, Znoj & Horowitz, 1998) untersucht. Eine von Snell, Miller und Belk (1988) entwickelte *Emotional Self Disclosure-Scale* erfasst nicht das Disclosure-Konzept sensu Pennebaker (1993^a), sondern die Bereitschaft, verschiedenen Zuhörern spezifische Emotionen mitzuteilen.

Als Binnendifferenzierung des Disclosure-Konzepts deuten sich in der Literatur (z.B. Pennebaker, 1997) verschiedene Dimensionen an: Die Einstellung zum Offenlegen, die emotionale Art und Weise des Offenlegens (stocken, weinen), kognitive Komponenten während des Offenlegens (Klarheit über das traumatische Erleben,

szenische Erinnerungen) sowie die eigenen Reaktionen während des Offenlegens (aufgewühlt sein, erschrecken).

Ziel der vorliegenden Studie war es, einen Fragebogen zum Disclosure (Offenlegen) traumatischer Erfahrungen zu konzipieren und psychometrisch zu entwickeln. Der Fragebogen sollte dabei nicht nur deduktiv (rationale Itemkonstruktion), sondern auch nach psychometrischen Kennwerten entwickelt werden.

Im Rahmen einer Validierungsuntersuchung war darüber hinaus zu erwarten, dass deutliche Zusammenhänge zwischen dem Offenlegen und dem Ausmaß der posttraumatischen Belastung bestehen, und zwar als negativer Zusammenhang: D.h. je offener vom Trauma berichtet wird, desto geringer wird die PTB-Symptomatik ausgeprägt sein. Weiterhin wurde angenommen, dass zwischen dem Grad der sozialen Unterstützung und dem Ausmaß des Offenlegens der Traumaerfahrungen ebenfalls negative Zusammenhänge bestehen.

7.3 Methodik

7.3.1 Untersuchungsteilnehmer

Im Rahmen eines Forschungsprojekts zu soziokulturellen und interpersonellen Einflussfaktoren auf die Bewältigung traumatischer Erfahrungen wurden ehemalige politische Inhaftierte der DDR befragt. Die Untersuchungsteilnehmer wurden teils mittels Zeitungsaufrufen und Annoncen in den Mitteilungsorganen regionaler und überregionaler Opferverbänden rekrutiert. Ein anderer Teil wurde über das Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung an der TU Dresden angeschrieben. Es beteiligten sich 178 ehemals in der DDR politisch Inhaftierte, der Rücklauf betrug ca. 50%. Etwa drei Viertel der Studienteilnehmer (74%) waren männlich, ihr Durchschnittsalter lag bei 55 Jahren ($SD = 9.4$; Range = 34 - 81). Fast drei Viertel (72%) der Befragten waren verheiratet oder lebten in einer festen Partnerschaft, ein Viertel (26%) lebte getrennt oder in Scheidung. Zwei Drittel von ihnen (66%) waren während der Honecker-Ära (1971 - 1989) inhaftiert, 31% in der Zeit der Ulbricht-Ära (1954 - 1970) und 3% in der Frühphase der DDR (1949 - 1953). Im Durchschnitt wurden die Untersuchungsteilnehmer vor 24.6 Jahren ($SD = 9.7$; Range = 3.0 - 49.0) haftentlassen. Die Haftdauer lag bei durchschnittlich 27 Monaten ($SD = 29.3$; Range = 1 - 256). Für eine Teilgruppe ($N = 44$) konnte nach 1 - 3 Monaten eine Wiederholungsuntersuchung durchgeführt werden.

7.3.2 Messinstrumente

Offenlegen: Die Items wurden nach eingehender Literaturrecherche zum Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung (u.a. Pennebaker, 1993^a) rational konstruiert. Bei der Konzeptualisierung des Itempools (Fragebogenprototyp mit 65 Items) boten die sich in der Literatur abzeichnenden Dimensionen (s.o.) von Disclosure eine grobe Orientierung. Nach Beurteilung durch PTB-Experten wurde der Itempool auf 54 Items reduziert. Die Instruktion des Fragebogens beinhaltete, anzugeben, in welcher Weise man mit seiner Umwelt über die Hafterlebnisse sprechen konnte. Die Antworten auf die einzelnen Fragen waren auf einer 6-stufigen Skala von Verneinung bis Zustimmung skaliert.

Posttraumatische Belastung: Die Häufigkeit posttraumatischer Belastungsreaktionen wurde mittels der *Impact of Event Scale – revidierte Version* (IES-R; Maercker & Schützwohl, 1998) erhoben. Die IES-R ist ein international gebräuchliches Standardmaß für PTB mit guten psychometrischen Kennwerten auch für die deutschsprachige Version.

Soziale Unterstützung: Die wahrgenommene soziale Unterstützung wurde mit einer Kurzform des *Fragebogens zur sozialen Unterstützung* (F-SozU, Sommer & Fydrich, 1991) erhoben. Seine 14 Items erfassen das Erleben von sozialer Unterstützung auf einer Skala mit Werten von 1 bis 5 (Range = 14 - 70). Seine Reliabilität und Validität werden als zufriedenstellend angesehen.

7.3.3 Datenauswertung

Die Faktorenanalysen wurden nach der Hauptkomponentenmethode durchgeführt, die Lösungen Oblimin-rotiert ($\Delta = 0$). Da alle Variablen nicht normalverteilt waren (Kolmogorov-Smirnoff-Test, $p < .01$) und eine Normalisierung anhand des Verfahrens von Blom (1958) keine wesentlich bessere Anpassung der Daten an die Normalverteilung erbrachte, wurde die Faktorenanalyse zusätzlich anhand rangtransformierter Daten durchgeführt. Wie bereits Woodward und Overall (1976) nachweisen konnten, ist die Faktorenanalyse rangtransformierter Daten ein nützliches Instrument bei problematischen Verteilungen, das der ursprünglichen nonmetrischen Faktorenanalyse von Kruskal und Shepard (1974) mindestens gleichkommt. Negativ gepolte Items wurden umkodiert.

Die Extraktion von Faktoren nach der „Eigenwerte-größer-Eins-Regel“ (Hubbard & Allen, 1987) führt häufig zu einer Überschätzung der Faktorenzahl (z.B. Hakstian, Rogers & Catell, 1982; Zwick & Velicer, 1986). Aus diesem Grund wurden zur Bestimmung der Anzahl zu extrahierender Faktoren neben dem Scree-Test (Cattell, 1966) auch Parallel-Analysen durchgeführt (Horn, 1965). Als Reliabilitätsmaße wurden Cronbachs α und die Split-Half-Reliabilität berechnet.

7.4 Ergebnisse

7.4.1 *Störungsausmaß*

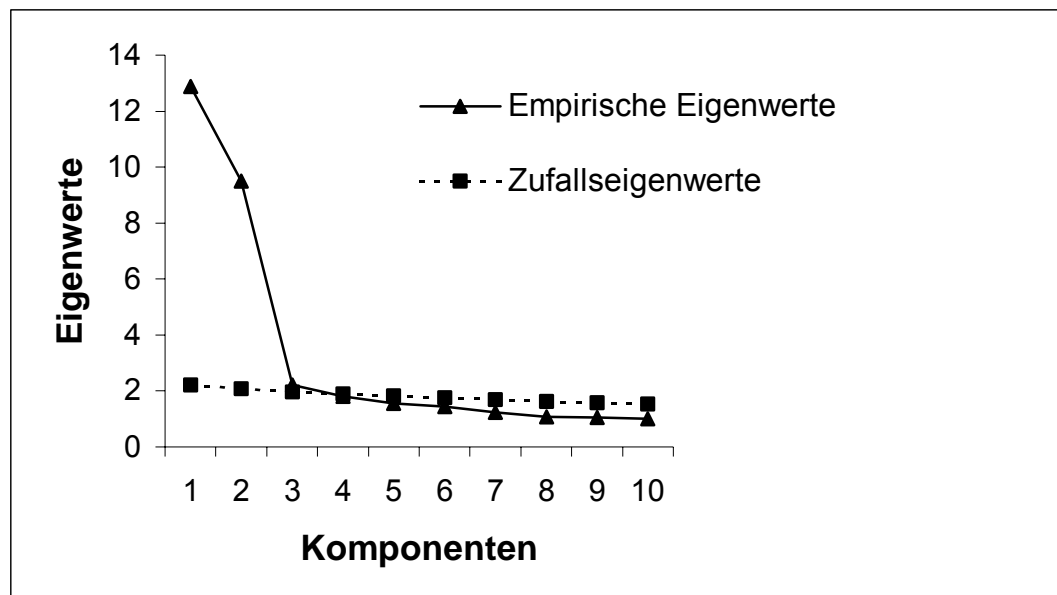
Die Untersuchungsteilnehmer hatten einen mittleren IES-R Wert von 20.4 (SD = 10.6; Range = 0 - 35) auf der Intrusionsskala (IES-I; Range = 0 - 35), einen mittleren Wert von 14.4 (SD = 9.7; Range = 0 - 40) auf der Subskala zu posttraumatischen Vermeidungsreaktionen (IES-V; Range = 0 - 40) und einen mittleren Summenwert von 17.0 (SD = 11.6; Range = 0 - 35) auf der Skala Übererregung (IES-H; Range = 0 - 35). Verglichen mit der von Maercker und Schützwohl (1998) untersuchten Stichprobe ehemals politisch in der DDR Inhaftierter sind die mittleren Summenwerte aller drei Skalen etwas erhöht. Der Mittelwert der sozialen Unterstützung der Untersuchungsteilnehmer lag bei 54.7 (SD = 12.9, Range = 14 - 70).

Zunächst wurde für den Fragebogen „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ eine Itemselektion anhand von Faktorenanalyse und Trennschärfenberechnung durchgeführt. Dabei wurden Items mit Trennschärfen kleiner .40 eliminiert, wobei auf den Erhalt der Vielfalt geachtet wurde. Im Folgenden werden die Ergebnisse für den optimierten Itemsatz vorgestellt. Abschließend wurde die diskriminante Validität berechnet.

7.4.2 *Itemselektion und Faktorenstruktur*

Zur Bestimmung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren des Fragebogens zum Offenlegen wurde eine Parallel-Analyse (vg. Horn, 1965) durchgeführt. Da bei dieser der Eigenwert des vierten Faktors unterhalb des gemittelten Eigenwertes der Zufallsfaktoren lag, sprach die Parallel-Analyse für die Extraktion von drei Faktoren (s. Abbildung 2).

Abbildung 2: Offenes Erzählen: Parallel-Analyse – Empirischer und Zufallseigenwertverlauf.



Die Faktoren weisen eine befriedigende Einfachstruktur auf und sind inhaltlich gut interpretierbar (s. Tabelle 3). Der erste Faktor enthält Items, in denen beschrieben wird, warum jemand vornehmlich über seine Erfahrungen schweigt bzw. warum er vermeidet, davon zu erzählen („Verschwiegenheit”²). Der zweite Faktor setzt sich aus Items zusammen, in denen Häufigkeit und Intensität des Schilderns der Erfahrungen beschrieben sind („Mitteilungsdrang”). Im dritten Faktor werden die emotionalen und physischen Reaktionen beim Erzählen der Traumageschichte zusammengefasst („Emotionale Reaktion”). Da die Items keine Normalverteilung aufwiesen, wurde zusätzlich eine Hauptkomponentenanalyse mit rangtransformierten Daten durchgeführt. Die Oblimin-rotierten Faktoren, dieser Lösung waren denen in 3 dargestellten Faktoren extrem ähnlich: Die Korrelationen zwischen den regressionsstatistisch geschätzten Faktorwerten der auf Rangdaten basierenden Lösung mit denen der auf Rohdaten basierenden Lösung in 3 lagen zwischen .98 und .99.

² In der Version des Artikels, der in der *Zeitschrift für Politische Psychologie* abgedruckt wurde, lauteten die Skalenbezeichnungen „Bedingungen des Schweigens“, „Bedingungen des Redens“ und „Emotionale Reaktionen“. Zur kürzeren Charakterisierung wurden die Skalen umbenannt. Sie werden in der vorliegenden Arbeit einheitlich als „Verschwiegenheit“, „Mitteilungsdrang“ und „Emotionale Reaktion“ bezeichnet.

Tabelle 3: Offenes Erzählen: Faktorenmuster der Drei-Faktoren-Lösung (Hauptkomponentenanalyse, Obliminrotation, (Delta = 0) für die Gesamtstichprobe (N = 178).

Items	Faktoren			h ²
	1	2	3	
34 Ich habe niemandem erzählt, wie alles genau passiert ist.	.86	.15	-.10	.66
18 Ich finde nie die passende Gelegenheit, meine Erfahrungen während des Vorfalls mitzuteilen.	.73		.15	.51
17 Ich finde es schwer, mit jemandem über den Vorfall zu sprechen.	.70		.28	.70
9 Ich habe niemandem von dem Vorfall erzählt.	.69	.13		.45
20 Oft lasse ich Details in meinen Erzählungen vom Vorfall weg.	.65	.15		.40
12 Ich schildere die Dinge, die passiert sind nur in Andeutungen.	.64	.13		.40
24 Ich möchte meinen Partner, meine Familie/Freunde nicht belasten, indem ich ihnen von dem Vorfall erzähle.	.64		.24	.57
1 Es gibt mehrere Personen, denen ich mehrmals alles genau berichtet habe.	-.64	.25	.11	.51
23 Es ist mir angenehmer, nicht über den Vorfall zu sprechen.	.63	-.39	.15	.68
33 Ich mache mir zwar viele Gedanken über meine Erfahrungen, spreche aber kaum darüber.	.61	-.17	.20	.53
16 Es würde mir nicht weiterhelfen, wenn ich jemandem von dem Vorfall erzählen würde.	.60	-.15	-.12	.40
29 Es fällt mir schwer, ganz genau vom Vorfall zu sprechen.	.53	-.13	.27	.46
8 Die Erfahrungen muss ich mit mir selbst klarmachen.	.38		.28	.29
26 Es drängt mich dazu, immer wieder über meine Erlebnisse zu berichten.	.00	.80		.64
27 Ich möchte am liebsten sehr oft über den Vorfall sprechen.	.25	.74	-.13	.48
11 Ich habe das Bedürfnis, sehr oft von dem Vorfall zu sprechen.		.70	.15	.40
3 Je öfter ich von dem Vorfall erzähle, desto klarer wird das Geschehen für mich.	-.17	.67	.15	.59
2 Es ist mir wichtig, immer wieder zu erzählen, wie alles passiert ist.	-.28	.64	.12	.60
22 Nachdem ich alles erzählt habe, fühle ich mich ganz erleichtert.		.62		.43
19 Je häufiger ich von dem Vorfall erzähle, desto besser kann ich die Gefühle mitteilen, die ich während der Situation hatte.	.11	.62	.20	.48

Fortsetzung

Items	Faktoren			h ²
	1	2	3	
25 Es fällt mir sehr leicht, über meine Erfahrungen zu reden.	-.20	.60	-.48	.56
Wenn ich von meinen Erfahrungen spreche, dann versuche				
4 ich, mir alles genau vorzustellen.	-.17	.56	.20	.46
Meine Familie/Freunde halten mir vor, dass ich immer nur				
28 von dem Vorfall spreche.	.28	.56	.12	.40
Ich erzähle häufig von Gefühlen wie Angst, Schock, Ernied-				
5 rigung oder Erstarren.	-.16	.54	.33	.53
Oft versagt meine Stimme, wenn ich meine Erfahrungen				
13 ausführlich beschreibe.			.78	.64
Bei der Darstellung, wie ich inhaftiert war, werde ich sehr				
30 traurig.			.77	.63
Ich fühle mich extrem gespannt, während ich von dem Vor-				
21 fall erzähle.			.77	.65
Beim Schildern des Vorfalls bekomme ich richtig Herzklop-				
32 fen, Schweißausbrüche oder fange an zu zittern.	.17		.76	.70
Nachdem ich jemandem von dem Vorfall erzählt habe, bin				
15 ich immer ganz erschöpft.	.15		.75	.65
Ich denke wesentlich häufiger über den Vorfall nach, als ich				
6 darüber spreche.	.12		.69	.55
Wenn ich den Vorfall genau darstelle, dann fühle ich mich in				
31 das Geschehen zurückversetzt.		.18	.54	.38
Ich erzähle häufig, wie hilflos ich mich in der Situation ge-				
14 fühlt habe.	-.33	.28	.51	.47
Viel wichtiger, als das genaue Ereignis zu schildern ist es				
10 mir, meine Gefühle in der Situation zu verdeutlichen.	-.11	.21	.51	.35
Wenn ich von dem Vorfall erzähle, dann schockiere ich mei-				
7 ne Zuhörer nur.	.41		.44	.49
Korrelationen				
Faktor 2	-.20	.31		
Faktor 3		.31		

Eigenwerte 8.98 – 7.17 – 1.79 – 1.38 – 1.17 – 1.13 – 0.88 – 0.81 – 0.80

Anmerkungen. Ladungen >.40 sind fett gedruckt; Absolutwerte < .10 werden nicht dargestellt; Eigenwerte siehe auch Abbildung 2. Die Varianzaufklärung der dreifaktoriellen Lösung beträgt 37,7%.

7.4.3 Eigenschaften der Skalen

Die Trennschärfe der Items lag zwischen .41 und .78. Der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs α lag für die Skalen Verschwiegenheit, Mitteilungsdrang und Emotionale Reaktion in einem akzeptablen Bereich (siehe Tabelle 4, fünfte Spalte). Die Spearman Brown korrigierten Split-Half-Reliabilitäten (equal length) der einzelnen Skalen betrugen .88 für die Skala Verschwiegenheit, .85 für die Skala Mitteilungsdrang und .91 für die Skala Emotionale Reaktionen.

Tabelle 4: Offenes Erzählen: Mittelwert, Standardabweichung, Cronbachs Alpha und Retest-Reliabilitäten für die drei Skalen.

Faktoren	Mittelwert	SD	Range	α	r_{tt} (N=44)
1 Verschwiegenheit	27.63	13.00	65	.82	.76
2 Mitteilungsdrang	20.04	10.83	55	.88	.89
3 Emotionale Reaktion	24.15	11.36	50	.87	.77

Anmerkungen. Mittelwerte und Standardabweichungen der Item-Mittel, Items 6-fach gestuft (0 – 5). N=178 für alle Werte außer den Retest-Reliabilitäten.

Für die 44 Untersuchungsteilnehmer, für die nach einem bis drei Monaten eine Wiederholungsuntersuchung durchgeführt werden konnte, konnte die Retest-Reliabilität der Skalen geschätzt werden. Für die Skalen Verschwiegenheit und Emotionale Reaktion lag diese etwas unter Cronbachs Alpha und für die Skala Mitteilungsdrang entsprach die Retest-Reliabilität dem Wert für Cronbachs Alpha (siehe Tabelle 4, letzte Spalte).

Zwischen den drei Disclosure-Skalen wurden Spearman Rangkorrelationen berechnet und zweiseitig auf Signifikanz geprüft (s. Tabelle 5). Die Korrelation der Skalen Mitteilungsdrang und Verschwiegenheit war nicht signifikant. Die Skalen Verschwiegenheit und emotionale Reaktion sowie Mitteilungsdrang und emotionale Reaktion korrelierten auf einem Niveau dagegen bedeutsam.

Bis auf Mitteilungsdrang und Vermeidung korrelieren alle drei Disclosure-Skalen jeweils mit den drei IES-R Skalen hoch signifikant positiv miteinander. Auch besteht ein Zusammenhang zwischen der Sozialen Unterstützung und den Disclosure Skalen: Sowohl die Skala Verschwiegenheit als auch die Skala Emotionale Reaktion korrelieren negativ mit sozialer Unterstützung. Es bestand kein Zusammenhang zwischen den Skalen und soziodemographischen Variablen (Geschlecht, Lebensalter).

Tabelle 5: Interskalen-Korrelationen des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen.

<i>Variablen</i>	Disclosure-Subskalen		
	Verschwiegenheit	Mitteilungsdrang	Emotionale Reaktion
Disclosure			
Mitteilungsdrang	-.14		
Emotionale Reaktion	.41**	.49**	
IES-R			
Intrusionen	.40**	.42**	.76**
Vermeidung	.55**	.12	.56**
Hyperarousal	.49**	.36**	.77**
F-SozU	-.49**	.01	-.30**
Soziodemograph. Var.			
Geschlecht	-.06	.10	-.09
Alter	.18*	-.02	.06

Anmerkungen. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p > .001$.

7.5 Diskussion

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es gelungen ist, einen Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen zu konstruieren, mit dem das intendierte Konstrukt differenziert und mit akzeptabler psychometrischer Qualität erfasst werden kann. Abschließend sollen zunächst die Aspekte der Fragebogenkonstruktion und danach die Bedeutsamkeit des gemessenen Phänomens für die Untersuchungsgruppe der ehemals politisch Inhaftierten sowie anderer politischer Opfergruppen diskutiert werden.

Es wurde zum sozialpsychologischen Konstrukt des Offenlegens (Disclosure) ein Fragebogen entwickelt, dem Bedeutung für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse zugemessen wird. Bisher wurden zwar verschiedene Erfassungsmethoden für Disclosure benutzt, auf die psychometrische Konstruktion von Selbstbeurteilungsskalen wurde dabei jedoch verzichtet. Die bisher verwendeten Verfahren wie Textanalyse, kategoriale Zuordnungen sprachlicher Elemente bzw. thematischer Inhaltsanalysen sind qualitativer Art. Abgesehen von möglichen Verfälschungen des Konstrukts durch die zuhörende Erhebung von Erzählverhalten, sind diese Verfahren sehr aufwendig in ihrer Anwendung und Auswertung.

Es wurden drei Faktoren extrahiert, die inhaltlich gut interpretierbar sind: Ein Faktor setzt sich aus Items zusammen, welche den Misserfolg von Mitteilungsversuchen und das resultierende Schweigen über die traumatischen Erfahrungen erfasst; der zweite Faktor wird aus Items gebildet, die die Intensität des Mitteilungswunsches und das resultierende aktive Erzählverhalten über das Trauma erfassen, und im dritten Faktor wird die Intensität psychischer und körperlicher Reaktionen beim Erzählen des Traumas subsumiert. Aus den extrahierten Faktoren wurden die drei Subskalen „Verschwiegenheit“, „Mitteilungsdrang“ und „Emotionale Reaktion“ gebildet. Die Subskalen Verschwiegenheit und Mitteilungsdrang korrelieren nicht miteinander. Das bedeutet, dass diese beiden Subskalen nicht dasselbe Konstrukt in gegenläufiger

Polung erfassen, sondern dass beide Skalen eigenständige Inhalte messen. Personen, die einen deutlichen Wunsch zur Mitteilung, zur sprachlichen und sozialen Reflexion ihrer traumatischen Erfahrungen haben, gelingt es also keineswegs sicher, dafür einen geeigneten kommunikativen Rahmen zu finden oder zu entwickeln.

Die Korrelationen mit den Subskalen der IES-R zeigen den Zusammenhang des Disclosure-Konstrukts mit der posttraumatischen Belastung. Entgegen der Erwartung fanden sich keine negativen Zusammenhänge der (angenommenen funktionalen) Disclosure-Dimension Mitteilungsdrang mit den PTB-Symptomen. Möglicherweise lässt sich das durch Stichprobencharakteristika erklären: Die Traumatisierung der Untersuchten liegt mit im Mittel fast 25 Jahre nach Haftentlassung sehr lange zurück. Es ist möglich, dass Personen, denen Offenlegen ihrer Traumaerfahrungen bei der Belastungsreduktion geholfen hat, zum Zeitpunkt der Untersuchung weniger belastet sind und folglich auch nicht mehr darüber sprechen. Ihre früher eingesetzten Strategien oder früher angewandte hilfreiches Sprechen über die Erfahrungen werden mit der Erhebung des gegenwärtigen Mitteilungsdrangs nicht erfragt. Personen, die nach wie vor unter Intrusionen und erhöhtem Erregungsniveau leiden, versuchen hingegen häufiger über ihre Erfahrungen zu sprechen, wobei die geringe bis mittlere Korrelationshöhe nicht für eine deterministische Beziehung spricht, sondern auf eine komplexe Beziehung zwischen den Variablen hindeutet. Weitere Faktoren können für die vorgefundenen Beziehungen eine Rolle spielen, wie die Alter, Lebensphasen, Bildung und (generationsabhängige) Sozialisation der Untersuchten. Sinnvoll ist demnach der Einsatz der Skala bei Untersuchungsgruppen, deren Traumatisierung noch nicht so lange zurückliegt, im Kohorten- oder sequenzanalytischen Vergleich mit anderen Gruppen.

Eine weitere Erklärungsmöglichkeit für das den Erwartungen widersprechende Ergebnis könnte man parallel zu Befunden der

ebenfalls eng mit Kommunikation verbundenen Variablen soziale Unterstützung sehen, die keinen Zusammenhang mit der Ausprägung posttraumatischer Symptome zeigt, deren Fehlen sich jedoch negativ auf die Gesundheit auswirkt (Abbey, Abranis & Caplan, 1985; Pagel, Erdly & Becker, 1987). Demnach wären zwar Mitteilungsdrang nicht belastungsreduzierend, jedoch die Verschwiegenheit belastungsfördernd.

Dagegen zeigten sich erwartungsgemäß negative Zusammenhänge zwischen Dimensionen des Offenlegens (Verschwiegenheit und Emotionale Reaktion) mit der sozialen Unterstützung. Das heißt, vermehrtes Schweigen hängt mit geringerer sozialer Unterstützung zusammen. Diese Ergebnisse stützen das Modell kollektiven Bewältigens von Pennebaker (1993^b), das die Dynamik sozialer Interaktionen in den Mittelpunkt stellt: Um sich selbst vor Trauer, Schuldgefühlen und anderen Reaktionen beim Zuhören zu schützen, versuchen Bezugspersonen von Traumaopfern mittels verschiedener Strategien (Minimierung, Ratschläge geben und Überprotektion) den Schilderungen des genauen Vorfalls zu entgehen. Die anfänglich hohe Bereitschaft des sozialen Umfeldes, den Betroffenen zuzuhören, schwindet, es wird nicht mehr als unterstützend wahrgenommen (Walter, Möller & Adam, 2000).

Dass die Skala Mitteilungsdrang nicht mit starker sozialer Unterstützung in Zusammenhang zu stehen scheint, könnte damit zu begründen sein, dass ihre Items vornehmlich individuelle Bedürfnisse und Verhaltensweisen – wie z.B. häufig über die Erfahrungen sprechen wollen (Item 27) oder sich innerlich gedrängt fühlen, über die Erlebnisse zu sprechen (Item 26) – erfassen, die primär unabhängig von der wahrgenommenen sozialen Unterstützung sind. Auch könnte die politische Situation eine Rolle spielen: Die Opfer wollten sich und die sie Unterstützenden nicht belasten.

Die Situation der ehemals in der DDR politisch Inhaftierten zeichnet sich gerade dadurch aus, dass oftmals weder zu DDR-Zeiten noch heute ein Offenlegen der Traumaerfahrungen begünstigt

wird. Hingegen wird die eher auf das Umfeld bezogen Verschwiegenheit gefördert. Die deutlichen Zusammenhänge zwischen den Verschwiegenheit und der posttraumatischen Belastung lassen die Schlussfolgerung zu, dass gerade aufgrund dieses Schweigmüssens so viele der Untersuchungsteilnehmer bis heute chronisch belastet sind.

Diese Ergebnisse können möglicherweise auch relevant für andere politische Opfergruppen sein, da sich politische Gewalt unter anderem dadurch auszeichnet, dass das Öffentlichmachen praktizierter Strafmassnahmen durch Betroffene von der politischen Führung in der Regel geahndet und bestraft werden. Das heißt, Opfer politischer Gewalt haben generell kaum Möglichkeiten des Offenlegens der traumatischen Erfahrungen. Eine weitere Verfestigung der Verschwiegenheit ist zudem durch gesellschaftliche Prozesse denkbar: Aus Furcht, selbst Opfer zu werden, wird das Schweigen auch vom sozialen Umfeld gefördert, was die Opfer als wenig unterstützend wahrnehmen.

Es ist geplant, den Fragebogen auch bei Opfern anderer Traumata als politischer Haft anzuwenden, um seine Generalisierbarkeit zu überprüfen. Als andere sozialpsychologisch relevante Konstrukte sollen weiterhin neue Fragebögen zur „Wertschätzung als Opfer/Überlebender“ sowie der „Bereitschaft anderer, den Traumaerzählungen zuzuhören“ psychometrisch konstruiert werden (Maercker, 2000; Neuner, Schauer & Elbert, 2000). In einem weiteren Schritt des Untersuchungsprogramms soll mit diesen Fragebögen angezielt werden, neues Wissen über das Bedingungsgefüge anhaltender psychischer Störungen und Beeinträchtigungen zu erlangen.

8. Prädiktion der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriminalitätsoptionen: Die Rolle interpersoneller und soziokognitiver Faktoren³

8.1 Einleitung

Im Jahr 2001 registrierte das Bundeskriminalamt⁴ 704 508 Opfer von Gewaltkriminalität wie Rohheitsdelikte, Straftaten gegen die persönliche Freiheit, die sexuelle Selbstbestimmung oder das Leben. Neben körperlichen Beeinträchtigungen sind psychische Beschwerden, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen, häufige Konsequenz solch traumatischer Erlebnisse. Zur Beantwortung der Frage, warum manche Traumaopfer eine PTB entwickeln und andere vergleichbare Erfahrungen nahezu unbeschadet überstehen, wurden bislang unter anderem verschiedene Trauma- und Personenvariablen sowie individuelle Unterschiede der Traumawahrnehmung, -interpretation und -verarbeitung als Prädiktoren erforscht (z.B. Ehlers & Clark, 1999; Ehlers, Maercker & Boos, 2000). Trotz ihres unbestrittenen Einflusses auf die Traumaverarbeitung ist die Erklärungskraft der bisher untersuchten Variablen für die interindividuellen Unterschiede nicht ausreichend. Unser Ziel war deswegen die Untersuchung interpersoneller und soziokognitiver PTB-Prädiktoren, die bisher zwar diskutiert (Fontana & Rosenheck, 1994), jedoch nicht erforscht worden sind.

8.1.1 Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung

Das Bedürfnis Traumatisierter nach Unterstützung und Anerkennung durch ihre Umwelt ist meist groß. Sie sind deswegen stark auf traumabezogene Reaktionen des Umfelds sensibilisiert (Johnson et al., 1997). Während soziale Verstärkungsprozesse die kognitiv-emotionale Verarbeitung traumatischer Erlebnisse fördern, intensivieren möglicherweise als negativ und beschuldigend wahrgenommene Zuschreibungen aversive Reaktionen des Op-

³ Eingereicht bei der *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*: Müller J. & Maercker, A. (2003). Prädiktion der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriminalitätsoptionen: Die Rolle interpersoneller und soziokognitiver Faktoren.

⁴ Statistik des Bundeskriminalamtes Deutschland (2001).

fers. Ob und wie die Erfahrungen des Opfers durch sein soziales Umfeld validiert bzw. invalidiert werden, kann wichtige Effekte auf die individuelle Traumabewältigung haben (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Southwick, Morgan & Rosenberg, 2000).

Das auf Basis vorliegender Befunde zu gesellschaftlichen Bewältigungsfaktoren von PTB operationalisierte Konzept der „Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung“ (Maercker & Müller, 2002) ist als das Erleben positiver Reaktionen des Umfelds definiert, in denen die außergewöhnlichen Erfahrungen des Opfers honoriert bzw. sozial gewürdigt werden, und sich die Anerkennung seiner momentan schwierigen Situation widerspiegelt. Dabei geht es neben der Reaktionen des engeren sozialen Netzwerks einer Person auch um die ihrer weiteren Umgebung (z.B. Behörden, Vorgesetzte, Amtsträger, Politiker). Soziale Missbilligung oder Ablehnung führen im Gegenteil dazu, dass sich Traumapfänger von ihrer sozialen Umwelt unverstanden und entfremdet fühlen (Lepore, Silver, Wortman & Wayment, 1996). Die Relevanz der Variablen spiegelt sich sowohl in klinischen Berichten wieder (Meichenbaum, 1999; Maercker, 1998) als auch in Befunden zu anderen, im weitesten Sinne verwandten, psychologischen Konzepten, wie „soziale Unterstützung“ (Solomon & Smith, 1994) und „negativer Empfang nach Kriegseinsatz“ (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon et al., 1989). Übereinstimmend ergab sich eine konträre Beziehung zwischen PTB-Symptomatik und sozialer Unterstützung (Fontana & Rosenheck, 1994; Maercker, 1998; Solomon & Smith, 1994), wobei weniger die objektive als die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung von Bedeutung zu sein scheint (z.B. Perrin, Van Hasselt, Basilio, Hersen, 1996; Taft, Stern, King & King, 1999). Allerdings zeigte sich auch, dass mehr noch als ihr Vorhandensein das Fehlen sozialer Unterstützung mit hoher Belastung korreliert (Abbey et al., 1985; Pagel et al., 1987) und ein bedeutender PTB-Prädiktor ist (Fontana & Rosenheck, 1994). Bei heimkehrenden Kriegsveteranen zeigte sich eine Assoziation zwischen PTB-Symptomatik und einem negativen Emp-

fang (Fontana & Rosenheck, 1994; Stretch, 1986) sowie mit geringer sozialer Integration und Wertschätzung (Solomon et al., 1989). Der Befund einer viel höheren PTB-Prävalenz bei US-Veteranen nach gesellschaftlich nicht akzeptierten Einsätzen (z.B. Vietnam) verglichen mit gesellschaftlich akzeptierten (Rosenheck & Fontana, 1994) weist ebenfalls auf Wichtigkeit gesellschaftlicher Prozesse für Traumabewältigung hin.

8.1.2 Offenlegen traumatischer Erfahrungen („Disclosure“)

Disclosure bezeichnet das Verhalten einer Person, erlebte belastende Erfahrungen bzw. Traumata, sowohl in geschriebener als auch in mündlicher Form, offenzulegen (Pennebaker & Francis, 1988). Zur Untersuchung seiner Wirkungsweise wurden bislang die Frequenz sowie die Beschaffenheit von Traumaberichten analysiert. In vielen Disclosure-Studien wurde von Pennebaker und Kollegen die stressreduzierende Wirkung des Schreibens über belastende Inhalte gezeigt, die sich unter anderem in gesteigerter psychischer und physischer Befindlichkeit (Esterling et al., 1999) sowie Verbesserungen der Immunfunktion (Pennebaker, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988) manifestierte, während das Unterdrücken der Erfahrungen gesundheitsschädlich war (Pennebaker & Francis, 1988). Dass die Ergebnisse von Pennebaker und Kollegen nicht durchgehend repliziert werden konnten, kann an den Limitierungen der Studien liegen. Es wurden ausschließlich gesunde Studenten untersucht, wobei keine standardisierten Psychopathologiemasse eingesetzt wurden. Außerdem wurden alle geschilderten Erlebnisse unhinterfragt als traumatisch bezeichnet, obwohl viele davon (z.B. Beenden einer Liebesbeziehung) dem Stressorkriterium des DSM-IV (APA, 1996) nicht genügen. Ob die Befunde überhaupt auf Traumapopulationen übertragen werden können ist deswegen unklar. Bisherige Disclosure-Befunde aus dem Bereich der Traumaforschung sind sehr uneinheitlich und durch ihre unterschiedliche Methodik schwer vergleichbar. Während nur eine Studie eine Abnahme der PTB-Symptomatik bei zunehmender Häufigkeit „offenen Erzählens“ – allerdings im Rahmen psychotherapeutischer Traumaexpositionen – feststellte (Foa et al.,

1995), gibt es mehrere PTB-Studien, in denen dem Offenlegen traumatischer Erfahrungen keine positiven Effekte zugeschrieben wurden (Angel et al., 2001; Southwick et al., 2000; Stroebe, Stroebe, Schut, Zech & von den Bout, 2002) bzw. in denen sogar von negativen Auswirkungen gesprochen wurde (Gidron et al., 1996; Tait & Silver, 1989). Befunde gesundheitsförderlicher Disclosureeffekte werden mit einer sprachlich vermittelten Strukturierung (Hemmungstheorie; Pennebaker, 1995) bzw. einer Modifikation der traumatischen Furchtstruktur (Furchtstrukturmodell; Foa & Kozak, 1986) oder mit positiven sozialer Integration und Unterstützung begründet (Niederhoffer & Pennebaker, 2002). Demgegenüber wurden für die gesundheitsabträgigen Disclosurwirkungen erhöhte psychische Belastung (Tait & Silver, 1989) und wiederholte Enkodierung der ängstigenden Episode im Gedächtnis (Pitman, 1989) infolge des Erzählens sowie belastungssteigernde Abwehrhaltungen und negative Reaktionen der sozialen Umwelt verantwortlich gemacht (Pennebaker, 1993^b).

Es sollte getestet werden, wie viel zusätzliche Varianz der Psychopathologiemasse (IES-Subskalen, BSI-Globalwert und körperliche und psychische Summenskalen des SF-36) die interessierenden interpersonellen und soziokognitiven Variablen (Subskalen der Fragebögen zu posttraumatischen kognitiven Veränderungen, zur wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung und zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen) zu bereits häufig untersuchten „Basisvariablen“ (Geschlecht, Alter, Bildung, Zurückliegen der Tat, Traumaexposition und soziale Unterstützung) aufzuklären vermögen. Dabei war besonders von Interesse, ob die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung und das Offenlegen traumatischer Erfahrungen zusätzlichen Erklärungswert zu den im Allgemeinen sehr varianzstarken posttraumatischen kognitiven Veränderungen besitzen.

8.2 Methode

8.2.1 Vorgehen

Die hier dargestellten Daten sind Teil einer größeren Längsschnittstudie (Maercker & Müller, 2003). Die per Fragebogenset untersuchten Kriminalitätsoptionern waren mithilfe der Opferhilfeorganisation „WEISSER RING“ (N = 142) und lokaler Opferhilfen (N=9) rekrutiert worden. Studien-Ausschlusskriterien waren unvollständig ausgefüllte Fragebögen, das Nichterfüllen des nach DSM-IV (APA, 1996) für die PTB-Diagnose notwendigen A-Kriteriums, zu kurzes (< 2 Monate) bzw. zu langes (>12 Monate) Zurückliegen des Traumas und sexuelle Traumatisierung. Von 175 zurückgesandten Fragebögen (Rücklauf = 29.2%) wurden 24 aufgrund dieser Kriterien von den Analysen ausgeschlossen.

8.2.2 Untersuchungsteilnehmer

59.6% (N = 90) der 151 Befragten waren weiblich. Zum Zeitpunkt der Befragung waren sie zwischen 15 und 90 Jahre alt (M = 44.2, SD = 17.6). Die Hälfte der Befragten (50.0%, N = 75) hatte keinen Partner, 39.8% (N = 60) waren verheiratet oder hatten eine feste Beziehung und 9.9% (N = 15) waren verwitwet. Etwa zwei Drittel der Befragten (66.9%, N = 83) hatten ein Kind/Kinder (M = 1.5, Range 1 - 6). Die Hälfte aller Studienteilnehmer lebte alleine (49.7%, N = 74), knapp ein Drittel (30.2%, N = 45) gemeinsam mit dem/r Partner/in. Etwa je ein Drittel hatten einen Hauptschulabschluss (36.0%, N = 54) bzw. Mittlere Reife (34.7% N = 52), 20 Personen (13.3%) hatten Abitur und 15 (10.0%) einen Hochschulabschluss.

8.2.3 Selbstbeurteilungsfragebögen

Das Standardinstrument Impact of Event Skala - revidierte Form (IES-R, Weiss & Marmar, 1997; dt. Maercker & Schützwohl, 1998) erfasst mit 22 Items das Vorhandensein bzw. die Schwere von PTB-Symptomatik. Die Auftretenshäufigkeit jedes Symptoms in den letzten sieben Tagen wird auf einer vierstufigen Skala ange-

geben. Die Antworten werden den drei psychometrisch konstruierten Subskalen „Intrusion“, „Vermeidungsverhalten“ und „Hyperarousal“ zugeordnet und zu Subskalenwerten addiert. Die teststatistischen Kennwerte sind zufriedenstellend bis gut, mittels Regressionsformel kann das Vorliegen einer PTB-Diagnose abgeschätzt werden (Diagnostische Sensitivität der Regressionsformel = .76; Spezifität = .88) (Maercker & Schützwohl, 1998).

Zur Berechnung der objektivierbaren Bedingungen des Traumas wurde ein Traumaexpositionsindex erstellt, der sich aus Items einer selbstentwickelten Checkliste zum Tathergang zusammensetzt und Waffeneinsatz, verbale Bedrohung durch den Täter, während der Tat erlebte Angst und Hilflosigkeit und Benötigen medizinischer Hilfe direkt nach der Tat beinhaltet. Der Wertebereich des Index umfasst 0 - 20. Die interne Konsistenz des Index beträgt Cronbachs Alpha = .70.

Die Psychopathologie wurde mittels Brief Symptom Inventory, (BSI, Derogatis, 1977; dt. Franke, 2000), eine Kurzform des Standardinstruments SCL-90-R, erfasst. Die 53 Items des BSI bilden neun Skalen („Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“, „Psychotizismus“), die sich zu drei globalen Kennwerten der psychischen Belastung in den letzten sieben Tagen zusammensetzen. Die Gütekriterien des BSI sind zufriedenstellend bis sehr gut (Franke, 2000). In der vorliegenden Untersuchung werden ausschließlich die Ergebnisse des „Globalen Symptom-Index“ dargestellt, der die grundsätzliche psychische Belastung misst.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit der vergangenen vier Wochen wurden mithilfe des SF-12 Health Survey, einer Kurzform des SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992; dt. Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995) erhoben. Die 12 Fragen dieses Standardinstruments lassen sich zu acht Primärskalen und zwei Sekundärskalen zusammensetzen. In die Sekun-

därskala „Körperliche Summenskala“ gehen die Primärskalen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Körperliche Rollenfunktion“, „Schmerz“ und „Allgemeine Gesundheitswahrnehmungen“ ein. Die Sekundärskala „Psychische Summenskala“ basiert auf den Primärskalen „Vitalität“, „Soziale Funktionsfähigkeit“, „Emotionale Rollenfunktion“ und „Psychisches Wohlbefinden“. Die Testergebnisse der deutschen Übersetzung und psychometrischen Prüfung sind gut bis sehr gut (Bullinger et al., 1995). Es werden hier nur die Ergebnisse der beiden Sekundärskalen berichtet.

Der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU, Sommer & Fydrich, 1991) erfasst auf drei Subskalen ("Emotionale Unterstützung“, „Praktische Unterstützung“ und „Soziale Integration“) das Ausmaß wahrgenommener sozialer Unterstützung. Seine Reliabilität und Validität sind zufriedenstellend. Es werden lediglich die Ergebnisse des Summenwerts dargestellt.

Das Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI, engl. Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999; dt. Ehlers, 2000) erfasst mit 33 Items posttraumatische kognitive Veränderungen, die sich den drei Subskalen „negative Gedanken zur eigenen Person“, „negativen Gedanken über die Welt“ sowie „Selbstvorwürfe“ zuordnen lassen. Als Gemeinschaftsprojekt der Arbeitsgruppen Foa und Ehlers/Clark wurden in das PTCI alle als bedeutend identifizierten Bewertungsprozesse des Traumas und seines Verlaufs einbezogen. Die englischsprachige Version zeigt exzellente psychometrische Eigenschaften und diskriminiert sehr gut zwischen Personen mit und ohne PTB (Foa et al., 1999). Die deutschsprachige Version (Ehlers, 2000) wird zur Zeit noch validiert.

Mit dem Fragebogen zur Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung (Maercker & Müller, 2002) wird die subjektiv wahrgenommene Unterstützung, Anerkennung und Achtung erhoben, die einem Traumaopfer entgegengebracht wird. Die 16 Items des rational konstruierten Fragebogens teilen sich auf die drei Subskalen „Anerkennung als Opfer“, „Generelles Unverständnis“

und „Familiäres Unverständnis“ auf. Die Skalen korrelieren moderat positiv oder negativ untereinander. Neben einem Fragebogen zur sozialen Unterstützung besaß der Wertschätzungs-Fragebogen eigene Varianzanteile (Korrelation der Skalengesamtwerte: $r = .63$). Die Skalen zeigten gute Reliabilität und Validität (Cronbachs Alpha: $\alpha = .79 - .86$, Retestreliabilität; $r_{tt} = .70 - .79$; Maercker & Müller, 2002).

Der Fragebogen zum Offenlegen/Disclosure traumatischer Erfahrungen (Müller, Beauducel, Raschka & Maercker, 2000) ist die erste psychometrisch konstruierte Selbstbeurteilungsskala zur Erhebung von Disclosure. Seine 34 Items teilen sich auf drei Subskalen auf, die das Ausmaß des Unterdrückens und Nichterzählens der Erfahrung („Verschlossenheit“), das Kommunikationsbedürfnis und Berichten der Erfahrungen („Mitteilungsdrang“) und beim Offenlegen bzw. Verschweigen erlebte Emotionen wie Angst, Trauer und Wut („Emotionale Reaktion“) erfassen. Beide nicht miteinander in Zusammenhang stehenden Subskalen „Mitteilungsdrang“ und „Verschwiegenheit“ korrelieren bedeutsam mit der Skala „Emotionale Reaktion“ (Müller et al., 2000). Alle drei Skalen korrelieren auf mittlerem bis hohem Niveau mit PTB-Psychopathologie und moderat mit sozialer Unterstützung. Der Fragebogen weist gute psychometrische Kennwerte auf (Cronbachs Alpha: $\alpha = .82 - .88$, Retestreliabilität: $r_{tt} = .76 - .89$; Müller et al., 2000).

8.3 Datenanalyse

Der prädiktive Werte der untersuchten interpersonellen und sozi-kognitiven Variablen wurde mithilfe multipler hierarchischer Regressionen überprüft. In diesem Verfahren werden die Variablen blockweise in die Gleichung gezwungen, ungeachtet dessen, ob einzelne Prädiktoren innerhalb eines Blockes das Eingangskriterium erreichen. Der Vorteil dieses Vorgehens ist, dass theoretisch interessante Variablen mit vergleichsweise geringeren Varianzbeträgen nicht vernachlässigt werden. Nachteilig ist jedoch eine mögliche Unterschätzung einzelner Varianzanteile durch höhere Multikollinearitätsgrade der Variablen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2000; Pedhazur, 1982). Um Rückschlüsse ohne Reihenfolgeeffekte über die geteilten und unigen Varianzen der Prädiktoren zu erhalten, wurden auf Basis der Regressionsanalysen Kommunalitätsanalysen berechnet (Pedhazur, 1982). Das Verfahren wird als sehr sicher und konservativ bezeichnet. Allerdings sind die Interpretationen beschränkt auf prädiktive Aussagen, und die als unique bezeichneten Anteile sind, verglichen mit den geteilten Anteilen, eher klein (Pedhazur, 1982, S. 211).

8.4 Ergebnisse

8.4.1 Kennzeichen des Traumas und Traumaexposition

Ein Drittel (32.3%, $N = 57$) der Delikte waren Raubüberfälle mit und ohne Körperversetzungen, 42.5% ($N = 54$) reine Körperversetzung und 15.7% ($N = 20$) körperliche Gewalt durch den Partner. Die kriminellen Taten hatten vor durchschnittlich 5.3 Monaten stattgefunden ($SD = 1.6$, Range 2 - 12). Sie dauerten im Mittel 23.7 Minuten, wobei jedoch eine große Spannbreite vorhanden war ($SD = 79.4$, Range = 1 - 780; Median = 10.0). Fast drei Viertel der Befragten (74.0%) waren alleiniges Opfer des kriminellen Überfalls geworden. Etwa zwei Drittel (65.3%) schilderten, von einem einzelnen Täter, knapp ein Viertel (23.6%) von zwei bis drei Tätern angegriffen worden zu sein. Über drei Viertel (75.7%) der Befragten gaben an, während der Tat massive Gewalttätigkeiten erlebt zu haben, die in 58.2% der Fälle auch durch Waffeneinsatz gekennzeichnet war. Ebenfalls knapp drei Viertel (72.9%) gaben an, stark körperlich verletzt worden zu sein, 84.5% benötigten direkt nach dem Angriff medizinische Hilfe. Die Hälfte der Untersuchten (49.6%) hatte zur Bewältigung ihres traumatischen Erlebnisses psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen. Weder der Zeitraum des Zurückliegens der Tat, die Deliktart, die erlebte Gewalttätigkeit noch die körperliche Verletzung während der Tat standen in Zusammenhang mit der PTB-Symptomatik. Hingegen korrelierten die übrigen Tatcharakteristika, die in den Traumaexpositionenindex eingingen, in mittlerem Ausmaß mit den beiden IES-Skalen Intrusion und Hyperarousal, nicht jedoch mit der Vermeidung.

8.4.2 Prävalenz von PTB-Symptomen

Durchschnittlich erlebten die Untersuchungsteilnehmer in der Woche vor der Befragung $M = 14.4$, ($SD = 5.4$) der 22 mittels IES-R erfassten PTB-Symptome manchmal bis oft. Davon waren $M = 4.9$ ($SD = 2.2$) Intrusionssymptome, $M = 4.5$ ($SD = 2.1$) Vermeidungssymptome und $M = 4.9$ ($SD = 2.2$) Hyperarousalsymptome.

Der Mittelwert der IES-Subskala Intrusionen lag bei $M = 22.0$ ($SD = 9.7$), der der Vermeidungsskala bei $M = 19.4$ ($SD = 8.3$) und der der Skala Hyperarousal bei $M = 22.5$ ($SD = 10.0$). Insgesamt erhielten über die Hälfte der Untersuchten (53.6%, $N = 81$) eine PTB-Diagnose. Als einzige soziodemographische Variable korrelierte der Bildungsabschluss mit den IES-Skalen Vermeidung ($p < .05$) und Hyperarousal ($p < .01$).

8.4.3 Psychopathologie und Gesundheitszustand

Die allgemeine Psychopathologie der Untersuchungsteilnehmer ($M = 1.1$, $SD = .8$) war deutlich höher als in einer Erwachsenenstichprobe aus der Normalbevölkerung ($M = .3$, $SD = .2$; Franke, 2000) (Effektstärke des Unterschieds $d = 1.37$) und lag im Bereich psychisch auffälliger Belastung (Franke, 2000).

Sowohl der von den Untersuchungsteilnehmern angegebene körperliche ($M = 44.0$, $SD = 12.8$) als und auch der psychische Gesundheitszustand ($M = 34.9$, $SD = 12.7$) lagen deutlich unter den Angaben der Normstichprobe (körperlich: $M = 49.0$, $SD = 9.4$; psychisch: $M = 52.2$, $SD = 8.1$; Effekte: $d_{\text{körperlich}} = -.45$, $d_{\text{psychisch}} = .69$).

8.4.4 Soziale Unterstützung

Die von den Kriminalitätsoptionen wahrgenommene sozialen Unterstützung ($M = 3.8$, $SD = .9$) war vergleichbar mit der von der Normalbevölkerung ($M = 4.1$, $SD = .5$; vgl. Sommer & Fydrich, 1991, Effektgröße $d = -.43$) bzw. von anderen Kriminalitätsoptionen ($M = 4.0$, $SD = .9$, vgl. Maercker & Schützwohl, 1997, Effektgröße $d = -.17$).

Tabelle 6: Pearson-Korrelationen zwischen der PTB-Belastung, allgemeiner Psychopathologie, subjektiver Gesundheit und den Prädiktoren¹.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
PTSD Schwere (IES-R)																				
1	Intrusionen																			
2	Vermeidung	.44***																		
3	Hyperarousal	.81***	.45***																	
4	Allgem. Psychopathologie (BSI)	.53***	.40***	.60***																
Subjektive Gesundheit (SF-36)																				
5	Körperliche Summenskala	-.22**	-.27**	-.31***	-.34***															
6	Psychische Summenskala	-.51***	-.29***	-.60***	-.70***	.14														
7	Traumaexposition (Index)	.22**	-.02	.20*	.29***	.14	-.26**													
8	Soziale Unterstützung (F-SozU)	-.25**	-.30***	-.22**	-.44***	.34***	.36***	-.05												
Posttraumat. veränd. Kog. (PTCI)																				
9	Negative Gedanken zum Selbst	.56***	.44***	.60***	.75***	-.36***	-.66***	.27**	-.50***											
10	Negative Gedanken zur Welt	.48***	.36***	.52***	.49***	-.25**	-.45***	.23**	-.41***	.64***										
11	Selbstvorwürfe	.25**	.32***	.34***	.42***	-.12	-.32***	.16	-.38***	.61***	.47***									
12	Summenscore	.55***	.45***	.60***	.73***	-.34***	-.64***	.27**	-.52***	.97***	.76***	.72***								
Disclosure																				
13	Verschwiegenheit	.33***	.41***	.34***	.45***	-.33***	-.41***	.04	-.53***	.53***	.44***	.27**	.53***							
14	Mitteilungsdrang	.37***	.17*	.33***	.35***	-.27**	-.26**	.22**	-.06	.30***	.17*	.12	.28**	.01						
15	Emotionale Reaktion	.67***	.37***	.66***	.65***	-.34***	-.56***	.37***	-.26**	.63***	.47***	.28**	.61***	.44***	.52***					
16	Summenscore	.62***	.43***	.60***	.66***	-.43***	-.57***	.28***	-.38***	.66***	.49***	.30***	.64***	.67***	.67***	.88***				
Gesellschaftliche Wertschätzung																				
17	Anerkennung	-.09	-.22**	-.08	-.21*	.13	.20*	.03	.50***	-.33***	-.23**	.20**	-.33***	-.30***	.07	-.11	-.16			
18	Generelles Unverständnis	.46***	.28***	.49***	.63***	-.29***	-.57***	.18*	-.51***	.58***	.47***	.38**	.59***	.53***	.30***	.55***	.63***	-.31***		
19	Familiäres Unverständnis	.19*	.16*	.19*	.30***	-.09	-.34***	.03	-.49***	.30***	.23**	.23**	.31***	.40***	.16*	.17*	.33***	-.35***	.50***	
20	Summenscore	-.32***	-.28**	-.34***	-.50***	.23**	.48***	-.08	.61***	-.52***	-.41***	-.35***	-.53***	-.49***	-.18*	-.36***	-.47***	.70***	-.80***	-.79***

¹die korrelativen Muster sind bei Kontrolle der soziodemographischen Variablen stabil.

8.4.5 Interpersonelle und soziokognitive Variablen

Im PTCI wurden besonders von Personen mit hohen IES-Werten veränderte Kognitionen angegeben. Die Mittelwerte der Subskalen (negative Gedanken über die eigene Person: $M = 3.2$, $SD = 1.5$; negative Gedanken über die Welt: $M = 5.0$, $SD = 1.3$; Selbstvorwürfe: $M = 3.4$, $SD = 1.5$) waren vergleichbar mit den von den Skalenautoren angegebenen Werten der Personen mit PTB.

Der mittlere Gesamtwert des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen lag bei $M = 68.0$ ($SD = 26.9$) und befand sich damit in der Größenordnung der zuvor untersuchten Gruppe ehemals politisch Inhaftierter (Müller et al., 2000). Auch die Werte der drei Subskalen (Mitteilungsdrang: $M = 22.3$, $SD = 11.3$, Verslossenheit: $M = 20.2$, $SD = 12.4$, Emotionale Reaktion: $M = 25.6$, $SD = 12.5$) sowie die Zusammenhänge der Subskalen untereinander waren mit denen der ehemals politisch Inhaftierten vergleichbar.

Der Summenscore ($M = -5.9$, $SD = 14.7$) und die Subskalenwerte des Fragebogens „Wahrgenommene Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“ (Anerkennung: $M = 12.9$, $SD = 6.2$; Generelles Unverständnis $M = 10.6$, $SD = 7.0$; Familiäres Unverständnis: $M = 8.4$, $SD = 6.1$) hatten die Größenordnung der zuvor untersuchten Stichprobe (Maercker & Müller, 2002).

8.4.6 Multivariate Zusammenhänge

Nach den Basisvariablen (Schritt 1) wurde der schon existierende Fragebogen zur Messung posttraumatisch bedingter kognitiver Veränderungen (PTCI) in die Regressionsanalyse aufgenommen (Schritt 2) und danach die beiden neu entwickelten Instrumente (Schritte 3 und 4). Bei der Überprüfung auf Prämissenverletzungen ergaben sich keine Hinweise auf das Vorliegen von Autokorrelationen, die Residuen aller Regressionen waren normalverteilt, es lagen weder Heteroskedasizität noch ernsthafte Multikollinearität vor. Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Hierarchische Regressionsanalysen für die Prädiktion der drei IES-Subskalen Intrusionen, Vermeidungsverhalten, Hyperarousal der allgemeinen Psychopathologie (BSI, Globaler Symptom-Index) und der subjektiv wahrgenommenen körperlichen Gesundheit (SF-36, körperliche Summenskala).

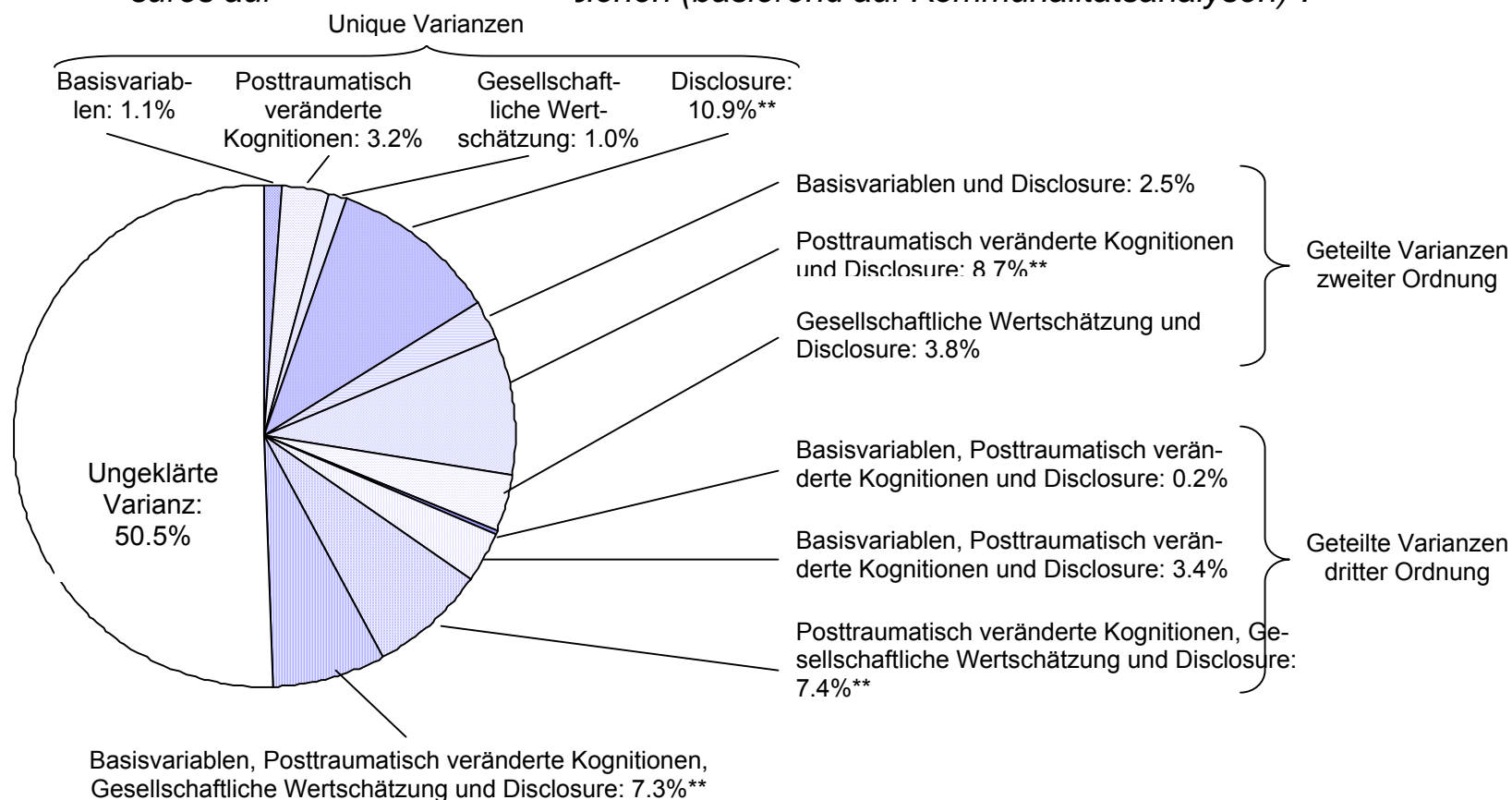
		Intrusionen				Vermeidungsverhalten				Hyperarousal				Allg. Psychopathologie				Körperliche Gesundheit			
	Schritte	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
Prädiktorvariablen		standardisierte Beta-Koeffizienten (β)																			
Basisvariablen																					
	Sex	-.12	-.11	-.16*	-.04	-.12	-.12	-.12	-.10	-.11	-.10	-.14	-.03	-.05	.00	-.05	.00	-.02	-.04	-.03	-.07
	Alter	.10	.08	.07	.01	-.01	-.01	-.01	-.08	.15	.15	.14	.10	-.12	-.10	-.10	-.15*	-.46***	-.45***	-.43***	-.35***
	Bildung	-.13	-.05	-.04	-.02	-.06	.02	.02	.03	-.22**	-.13	-.11	-.09*	-.09	.04	.07	.08	.17*	.11	.11	.09
	Zurückliegen der Tat	.06	.06	.03	.05	.03	.04	.04	.01	.02	.03	.01	.02	-.05	-.06	-.09	-.09	.02	.02	.03	.05
	Traumaexposition (Index)	.24**	.08	.05	-.06	-.06	-.19*	-.19*	-.23*	.23**	.06	.03	-.07	.27**	.08	.05	-.01	.00	.08	.10	.16*
	Soziale Unterstützung	-.15	.05	.06	-.06	-.25**	-.05	-.03	-.07	-.13	.13	.16	.05	-.38***	-.11	-.05	-.11	.21**	.10	.17	.25*
Posttraumat. veränd. Kog.																					
	Neg. Gedanken zum Selbst		.43***	.39**	.15		.31*	.30*	.15		.43***	.36**	.16		.75***	.67***	.53***		-.37**	-.36**	-.14
	Neg. Gedanken zur Welt		.23*	.19	.17		.16	.16	.13		.23*	.19*	.17		.01	-.05	-.07		.02	.04	.07
	Selbstvorwürfe		-.15	-.17	-.08		.02	.02	.08		-.01	-.02	.06		-.12	-.13	-.08		.10	.09	.01
Ges. Wertschätzung																					
	Anerkennung			.16	.11			-.01	-.03			.13	.09			.12	.10			-.11	-.07
	Generelles Unverständnis			.23*	.06			.01	-.13			.27**	.13			.33***	.22**			-.12	.04
	Familiäres Unverständnis			.04	.05			.02	-.02			.02	.03			.04	.04			.10	.15
Disclosure																					
	Mitteilungsdrang				.02				.10				-.03				.03				-.17*
	Verschwiegenheit				-.10				.24*				-.09				.04				-.21*
	Emotionale Reaktion				.50***				.14				.47***				.25**				-.21*
	ΔR²	.15**	.19***	.05*	.11***	.08	.13***	.00	.05	.17**	.24***	.05**	.09***	.26***	.33***	.07***	.03*	.37***	.07**	.02	.07**
	Varianzaufklärung (R²)	.15**	.34***	.39***	.49***	.08	.22***	.22**	.27**	.17**	.41***	.46***	.55***	.26***	.59***	.66***	.69***	.37***	.44***	.46***	.53***

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p > .001$.

Zur Überprüfung von Reihenfolgeeffekten wurden die Analysen wiederholt, wobei die Subskalen des Disclosure-Fragebogens vor denen des Wertschätzungsfragebogens in die Regression aufgenommen wurden. Während die signifikanten Ergebnisse der drei Disclosure-Skalen stabil blieben (Intrusionen: $\beta_{\text{Emot. Reakt.}} = .50^{***}$; Hyperarousal: $\beta_{\text{Emot. Reakt.}} = .47^{***}$, Vermeidung: $\beta_{\text{Verschwiegenheit}} = .24^*$) und sowohl bei den Intrusionen als auch beim Hyperarousal signifikante Varianzzuwächse verzeichnet wurden ($\Delta R^2_{\text{Intrusionen}} = .15^{***}$, $\Delta R^2_{\text{Hyperarousal}} = .13^{***}$), verloren die Wertschätzungsskalen durch dieses Vorgehen ihren prädiktiven Wert.

In Abbildung 3 sind die Ergebnisse der Kommunalitätsanalyse für die IES-Skala Intrusionen abgebildet. Bei der Prädiktion des IES-Hyperarousals gab es keine signifikanten unigen Varianzen (.8% – 4.9%). Ihre Kommunalitäten (C) glichen denen der IES-Intrusionen. Bedeutend waren lediglich $C_{\text{PTCI/Disclosure}} = 8.1\%$, $C_{\text{PTCI/Wertschätzung/Disclosure}} = 9.8\%$ und $C_{\text{Basisv./PTCI/Wertschätzung/Disclosure}} = 9.0\%$. Bei der Vorhersage der IES-Vermeidung sah das Verteilungsmuster deutlich anders aus. Die PTCI und der Disclosure-Fragebogen trugen beide signifikant zur Prädiktion der Skala bei ($C_{\text{PTCI}}: 5.3\%^{**}$; $C_{\text{Disclosure}} = 8.5\%^{***}$). Lediglich eine Kommunalität zweiter Ordnung ($C_{\text{PTCI/Disclosure}} = 6.1\%$) sowie die vierter Ordnung ($C_{\text{Basisvariablen/PTCI/Wertschätzung/Disclosure}} = 3.6\%$) waren von Bedeutung. Bei der Vorhersage der körperlichen Summenskala des SF-36 waren die unigen Varianzen der Basisvariablen ($24.4\%^{***}$) sowie des Disclosure-Fragebogens ($C = 7.2\%^{**}$) am bedeutendsten. Lediglich die Kommunalität vierter Ordnung ($C = 6.5\%$) war ebenfalls hoch. Von den 69.1% aufgeklärter Varianz des BSI-Gesamtwerts klärte der PTCI alleine 9.5% ($p < .001$) auf. Bedeutende überlappende Varianzanteile bestanden zwischen dem PTCI und dem Disclosure-Fragebogen ($C = 10.6\%$), zwischen PTCI, Disclosure und der Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung ($C = 12.8\%$) sowie zwischen allen vier untersuchten Variablen ($C = 13.7\%$).

Abbildung 3: Unique und geteilte prädiktive Varianzanteile der Basisvariablen, Posttraumatisch veränderten Kognitionen, Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung und des Disclosures auf die IES-Skala Intrusionen (basierend auf Kommunalitätsanalysen)¹.



Anmerkungen. ** $p < .01$; ¹ Erklärte Gesamtvarianz: 49.5%

Die geteilten Varianzschätzungen der meisten Variablen waren gering und fielen teilweise sogar negativ aus. Negative Kommunalitäten werden als Fehlen gemeinsamer Effekte der jeweiligen abhängigen Variablen auf die unabhängige Variable interpretiert. Sie sind auf negative Korrelationen der Regressanden untereinander zurückzuführen oder können Zeichen für das Vorhandensein von Suppressorvariablen sein (Schumacker, Mount & Monahan, 2002). Beides trifft auf die Skala Wahrgenommene Gesellschaftliche Wertschätzung zu, deren Subskalen teilweise nicht bzw. negativ mit den IES-Skalen korrelierten. Da die Ergebnisse der Regression jedoch stabil blieben, wenn diese Skala nicht bzw. erst zum Schluss eingegeben wurden, kann davon ausgegangen werden, dass kein Suppressionseffekt bestand.

8.5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung des Einflusses interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Aufrechterhaltung von PTB-Symptomatik. Zunächst soll jedoch das Störungsmaß der Stichprobe diskutiert werden. Die PTB-Belastung der Studienteilnehmer ist als sehr hoch einzuschätzen. Während in anderen Studien mit Kriminalitätsoptionen weniger als ein Viertel der Untersuchten eine PTB aufwies (Brewin, Andrews, Rose & Kirk, 1999; Harrison & Kinner, 1998), erhielten in der vorliegenden Studie über die Hälfte diese Diagnose. Da sich gezeigt hat, dass zwar viele Personen kurz nach dem Erleben eines Traumas eine PTB entwickeln, die jedoch häufig nach einigen Monaten spontan remittiert (Breslau & Davis, 1992) ist das Ergebnis möglicherweise durch den frühen Messzeitpunkt erklärbar. Andererseits kann die hohe PTB-Belastung auch mit den traumatischen Erfahrungen selbst erklärt werden. Der Begriff „Kriminalitätsoption“ ist sehr weit gefasst und reicht vom Erleben von Delikten wie Handtaschenraub bis zu schwerer Körperverletzung. Möglicherweise hatten besonders viele der von uns Untersuchten, verglichen mit in anderen Studien befragten Personen, sehr schwere Kriminalitätsdelikte erlebt. Konsistent dazu waren die auffällig hohen Werte der allgemeinen Psychopathologie sowie der verminderte Status psychischer und körperlicher Gesundheit.

Mit Ausnahme der PTB-Vermeidungssymptomatik konnte jeweils über die Hälfte der Varianz der untersuchten Psychopathologiemasse durch die Modellvariablen erklärt werden, wobei die interpersonellen und soziokognitiven Faktoren dazu wesentliche Beiträge leisteten. Die als „Basisvariablen“ definierten Variablen Geschlecht, Alter, Bildung, Zurückliegen der Tat, Traumexposition und soziale Unterstützung hatten insgesamt wenig Vorhersagekraft für die PTB-Belastung. Als einzige soziodemographische Variable hatte der Bildungsabschluss signifikanten Einfluss auf die Ausprägung der Hyperarousalsymptome. Der negative Zusammenhang dieser beiden Variablen stimmte mit epi-

demologischen PTB-Befunden überein (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Der begrenzte prädiktive Wert der Traumaexposition für die Modellvariablen war konsistent mit vorhergehenden Befunden (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Statt der objektiven Traumacharakteristika scheinen subjektive Faktoren während des traumatischen Geschehens, wie zum Beispiel die wahrgenommene Lebensbedrohung oder der erlebte Kontrollverlust, wesentlichen Einfluss auf die PTB-Entwicklung zu haben (Dunmore, Clark & Ehlers, 2001; Maercker, Schützwohl & Beauducel, 2000). Ebenfalls konsistent mit Ergebnissen diesbezüglicher Studien war der Befund, dass das Vorhandensein sozialer Unterstützung nicht bedeutend zur Prädiktion der PTB-Symptomatik beitrug (z.B. Perrin et al., 1996; Taft et al., 1999).

Am Bedeutendsten trugen die posttraumatisch negativ veränderten Gedanken der Betroffenen über sich selbst zur PTCI-Varianzaufklärung der untersuchten Psychopathologiemasse bei. Da die posttraumatischen kognitive Veränderungen in direktem Bezug zu Posttraumatischen Belastungsstörungen stehen – die Items der PTCI erfassen z.B. Kognitionen über PTB-Symptome –, war eine hohe PTB-Varianzaufklärung durch die Messung posttraumatischer kognitiver Veränderungen allerdings erwartet und auch schon andernorts beschrieben worden (Ehlers et al., 2000; Dunmore et al., 2001). Ehlers et al. (1998) verzeichneten bei der Hinzunahme kognitiver Faktoren zur PTB-Prädiktion 18% Varianzzuwachs, Ehlers et al. (2000) sogar 31%. Die Ergebnisse gehen in dieselbe Richtung wie die von Foa et al. (1999), die zeigten, dass Personen mit PTB signifikant höhere Werte in den PTCI-Skalen aufwiesen als Personen ohne PTB, und dass das PTCI 86% der untersuchten Traumatisierten korrekt der PTB- bzw. Non-PTB-Gruppe zuordnen konnte. Durch den Einbezug des Konstrukts Offenlegen traumatischer Erfahrungen zur PTB-Prädiktion verloren die posttraumatisch veränderten Kognitionen ihre Vorhersagekraft (s.u.).

Das Konzept der Wahrgenommenen Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer hatte zusätzlichen prädiktiven Wert für die Intrusionen und das Hyperarousal sowie für die allgemeine Psychopathologie. Die gesteigerte Varianzaufklärung war primär auf die prädiktiven Eigenschaften des generellen Unverständnisses zurückzuführen. Aufgrund bisheriger Befunde (z.B. Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon et al., 1989) war angenommen worden, dass negative familiäre und gesellschaftliche Reaktionen die emotionale und kognitive Traumaverarbeitung behindern, wohingegen eine anerkennende, wertschätzende Haltung der Umwelt gesundheitsförderlich wirkt. Hingegen erhielten wir den mit Ergebnissen zur sozialen Unterstützung (Abbey et al., 1985; Pagel et al., 1987) vergleichbaren Befund, dass weniger das Vorhandensein von Anerkennung förderlich für die Traumabewältigung ist, als dass das Fehlen von Anerkennung und Unverständnis belastend wirken. Dies Ergebnis kann möglicherweise durch eine erhöhte Sensibilität von Traumaopfern mit PTB für die Reaktionen anderer erklärt werden, die aus einem erlebten Gefühl permanenter aktueller Bedrohung resultiert (Ehlers & Clark, 1999). Die Betroffenen suchen deswegen ihre Umwelt ununterbrochen nach Hinweisen auf Gefahr ab und nehmen selektiv aversive Reize, wie z.B. Unverständnis, wahr. Durch einen Rückkopplungsprozesses können so sowohl die Fokussierung auf Bedrohliches als auch die negative emotionale Reaktion auf das Verhalten anderer in engem Zusammenhang zur PTB-Symptomatik stehen, da sie die Akzeptanz der eigenen traumatischen Erfahrung senken und die emotionale Verarbeitung verunmöglichen (Ehlers & Steil, 1995). Das intrusive Wiedererleben wird intensiviert und führt zu erhöhten Vermeidungsreaktionen – v.a. sozialer Situationen – sowie zu Entfremdungsgefühlen. Vorhandene Anerkennung und Wertschätzung durch die Umwelt hingegen werden möglicherweise von Personen mit PTB häufig nicht wahrgenommen oder ihre positive Wirkung ist nicht ausreichend um eine belastungsreduzierende funktionale Neubewertung des traumatischen Ereignisses und der PTB-Symptome zu ermöglichen. Interessanter Weise hatte das familiäre Unverständnis keinen prädiktiven Wert für die untersuch-

ten Psychopathologiemasse. Dies ist sowohl gegenläufig zu den Befunden von Frye und Stockton (1982), die ein sehr ähnliches Konzept, die fehlende familiäre Unterstützung, sogar als stärksten PTB-Prädiktor beschrieben hatten als auch zur Annahme, dass gerade die Familie ein wichtiger Teil sozialer Netze ist, deren Fehlen in Zusammenhang mit erhöhter PTB-Symptomatik steht (Fontana & Rosenheck, 1994). Möglicherweise wird das Verhalten der Familie, zu der ein intensiverer Kontakt besteht als zum weiteren Umfeld als mitfühlender und unterstützender oder zumindest nicht als verständnislos und bedrohlich erlebt, wodurch der Fokus im familiären Rahmen weniger stark auf das Unverständnis gerichtet ist.

Den stärksten Beitrag zur erreichten Varianzaufklärung erbrachte das Offenlegen traumatischer Erfahrungen. Als wichtigsten Befund bewerten wir die hohe Bedeutung, die dabei der emotionalen Reaktion beim Mitteilen bzw. Verschweigen des traumatischen Ereignisses zukam. Dieses Ergebnis ist konsistent mit der Annahme grundsätzlich gesteigerter negativer Emotionalität bei Personen mit PTB aufgrund exzessiver negativer Einschätzungen des Traumas und/oder seines Verlaufs (Ehlers & Steil, 1995). Bei einer gelungenen Traumabewältigung werden sowohl das Ereignis als auch die dazugehörigen Emotionen als Vergangenheit betrachtet, was die negative emotionale Reaktion reduziert. Misslingt die Traumabewältigung hingegen, werden traumabezogene Emotionen noch lange nach dem Trauma als extrem belastend und unkontrollierbar erlebt. Der Bewältigungsversuch der Betroffenen, Gedanken an das traumatische Erlebnis zu vermeiden sowie diesbezügliche Emotionen zu unterdrücken, verhindert jedoch langfristig die erfolgreiche Verarbeitung des Traumas und hält sowohl die PTB-Symptomatik als auch eine hohe Emotionalität aufrecht. Da in bisherigen Untersuchungen die emotionalen Komponenten nicht direkt berücksichtigt worden waren, stellt dies Ergebnis eine wichtige Erweiterung des Disclosure-Konzeptes dar.

Die Ergebnisse zu verwandten Konstrukten in klinischen und nichtklinischen Stichproben sind sehr uneinheitlich. In nichtklinischen Stichproben wurden einerseits Zusammenhänge zwischen stärkeren Langzeitverbesserungen und höherer emotionaler Involviertheit (Lutgendorf & Antoni, 1999) in bzw. stärkerem kurzzeitigen Stress (Pennebaker & Francis, 1988) nach Schreibexperimenten über belastende Erfahrungen gefunden. Andererseits wurde in einer Metaanalyse (Smyth, 1998) kein Zusammenhang zwischen kurzzeitiger Belastung durch das Schreiben und langfristigem positiven Befinden gefunden. Ebenso widersprüchlich sind die Ergebnisse klinischer Stichproben. Bei der Analyse von Traumaberichten wurden sowohl negative Zusammenhänge zwischen Häufigkeit von Emotionswörtern und PTB-Ausprägung im Therapieverlauf gefunden (Foa et al., 1995) als auch positive Korrelationen zwischen der Häufigkeit von Emotionswörtern und der PTB-Symptomatik fünf Wochen nach dem Schreibexperiment (Gidron et al., 1996). In anderen Studien zeigten sich wiederum überhaupt keine Zusammenhänge zwischen der PTB-Belastung und der Häufigkeit von Emotionsworten (Alvarez-Conrad, Zoellner & Foa, 2001) bzw. der emotionalen Intensität schriftlicher Berichte (Müller & Maercker, 2002). Diese uneinheitlichen Ergebnisse beruhen vermutlich auf den unterschiedlichen Messmethoden von Disclosure (zwanzigminütige Schreibexperimente im Labor vs. Transkription psychotherapeutischer Traumakonfrontationen) und den damit assoziierten emotionalen Vorgängen (Häufigkeit von Emotionswörtern im Text, Stress während des Disclosures, Intensität der emotionalen Reaktion nach dem Schreiben) sowie an den sehr verschiedenen Stichproben. Aus diesem Grund bewerten wir die Möglichkeit, die emotionale Reaktion mithilfe eines Fragebogens zu messen, als wichtigen Schritt in der weiteren Erforschung des Offenlegens traumatischer Erfahrungen.

Dass das Mitteilungsbedürfnis und die Verschwiegenheit keinen Zusammenhang aufwiesen bedeutet, dass es unter den Personen mit PTB-Symptomatik zwei exklusive Verhaltenstendenzen gab,

die sich vom Verhalten unbelasteter Personen unterschieden. Die Ergebnisse sind konsistent mit Befunden anderer Studien (Elbert, Schauer & Neuner, 2001; Müller et al., 2000). Es wird vermutet, dass Personen mit PTB-Symptomen aufgrund häufiger Intrusionen bzw. starker Belastung durch das Trauma im Gegensatz zu unbelasteten Personen nach Bewältigungsstrategien suchen. Als solche stellen sich ihnen sowohl das Verschweigen, im Sinne von Vermeiden, als auch vermehrtes Mitteilen der traumatischen Erfahrungen dar. Es ist durchaus denkbar, dass Personen ohne PTB zur Traumabewältigung ihre Erlebnisse sehr emotional schilderten und dies retrospektiv nicht mehr angeben. Einschränkend muss hinzugefügt werden, dass mit dem Fragebogen lediglich subjektive Einschätzungen über das Kommunikationsverhalten erfasst werden. Möglicherweise sprechen auch unbelastete Personen viel über ihre Erfahrungen, ordnen sich aber auf der Skala anders ein als Personen mit PTB-Symptomen, weil das Erzählen bei Ihnen nicht mit starker emotionaler Belastung einhergeht.

Eine Limitation der vorliegenden Studie ist, dass bisher lediglich Querschnittdaten vorliegen, die keine Aussagen über den Verlauf der untersuchten interpersonellen und soziokognitiven Variablen erlauben. Weiterhin muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die freiwillige Teilnahme eventuell zu einem Rekrutierungsbias geführt hat, da denkbar ist, dass Personen, die nicht an ihre Viktimisierung erinnert werden wollten, nicht an der Befragung teilnahmen. Da bisher lediglich Kriminalitätsoffer untersucht wurden, können keine Aussagen über den Einfluss der Traumaart auf die Ergebnisse gemacht werden. Möglicherweise hat die Art des Traumas in besonderem Maß entscheidende Effekte auf die untersuchten Variablen: Opfer wenig stigmatisierender Traumata (z.B. krimineller Taten) werden wahrscheinlich von ihrer Umwelt in einem deutlich anderen Ausmaß anerkannt als Opfer gesellschaftlich stigmatisierter traumatischer Erlebnisse (z.B. Opfer sexueller Gewalt).

Dies schlägt sich vermutlich sowohl auf die intrapersonelle als auch auf die interpersonelle Wahrnehmung der Opfer nieder und führt zu deutlich anderen Kognitionen und Verhalten bzw. Traumabewältigung. Ebenfalls von bedeutendem Einfluss wird wahrscheinlich der kulturelle Kontext auf das Verhalten der traumatisierten Person und ihrer sozialen Umwelt sein. Wichtig wären aus diesen Gründen die Untersuchung interpersoneller und sozio-kognitiver Faktoren bei Opfern anderer Traumata sowie diesbezügliche Studien in anderen Kulturkreisen. Die vorliegenden Befunde ergänzen das Wissen um prädiktive Faktoren Posttraumatischer Belastungsstörungen und erweitern die Kenntnis der Reaktionen auf Traumatisierung zugrundeliegenden psychologischen Prozesse. Vor allem die emotionale Reaktion beim Erzählen bzw. Unterdrücken traumatischer Erfahrungen sowie die allgemeine Anerkennung bzw. das gesellschaftliche Unverständnis, welches die Opfer von ihrer Umwelt erfahren, sind weiter zu verfolgende Faktoren.

9. Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung: Eine Untersuchung anhand von Fragebogen- und Textanalysevariablen⁵

9.1 Einleitung

Nicht alle Menschen entwickeln nach dem Erleben einer Extrembelastung psychische Beschwerden. Warum einige Menschen nach einem Trauma gesund bleiben oder es kurz darauf wieder sind, wohingegen andere langanhaltend und schwer beeinträchtigt sind, ist nach wie vor eine zentrale Frage der psychotraumatologischen Forschung. Bislang wurden sowohl verschiedene Aspekte des Traumas als auch Umwelt- und Personenvariablen als Ursachen für die unterschiedlichen Bewältigungsmöglichkeiten erforscht. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Art des Traumas und des Risikos, eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) zu entwickeln: Während fast die Hälfte derjenigen, die eine Vergewaltigung erleben, eine PTB entwickeln, entwickeln nur etwa 20% aller Opfer anderer Gewaltakte Symptome, die den Kriterien einer klinisch signifikanten PTB genügen (Foa & Riggs, 1995; Foa, Murdock, Riggs & Walsh, 1992; Riggs, Rothbaum & Foa, 1995). Auch Zusammenhänge zwischen posttraumatischer Symptomatik und Faktoren der Herkunftsfamilie, wie z.B. Auftreten psychischer Störungen in der Familie (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991), genetische Einflüsse (True et al., 1993) oder frühere bestehende psychische Störungen (z.B. Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991) sind empirisch belegt. Außerdem wurden verschiedene kognitive individuelle Unterschiede der Traumawahrnehmung, -interpretation und -verarbeitung als wichtige Einflussfaktoren auf die Bewältigung traumatischer Erfahrungen bzw. auf die Herausbildung und Aufrechterhaltung einer PTB intensiv untersucht und beschrieben (z.B. Ehlers & Clark 1999; Ehlers et al., 2000). Da alle bisher un-

⁵ Quelle: Müller J. & Maercker, A. (2002). Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung. Vergleich von Fragebogen- und Textanalysevariablen. *Handlung, Kultur, Interpretation*, 11(2), 308-333.

tersuchten Faktoren jedoch nicht genügen, die Unterschiede in der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu erklären, werden als weitere zu untersuchende Faktoren der individuellen Traumabewältigung z.B. Einflüsse der Generation, des sozialen Umfeldes und kulturelle Merkmale vorgeschlagen (Fontana & Rosenheck, 1994). Aus diesem Grund untersuchten wir in einer neuen Studie den zusätzlichen Einfluss bisher wenig untersuchter interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Traumaverarbeitung, deren Bedeutsamkeit durch klinische Erfahrungen sowie durch einzelne empirische Befunde nahe liegt. Im Folgenden werden die Ergebnisse zu einem Aspekt dieser Studie, dem Kommunikationsverhalten, ausführlich beschreiben und die sich daraus ergebenden Implikationen diskutiert.

9.1.1 Befunde zum Kommunikationsverhalten

Unter dem Begriff „Disclosure“ („Offenlegen traumatischer Erfahrungen“), der einen Teilaspekt des von uns untersuchten Kommunikationsverhaltens darstellt, wird die Tendenz verstanden, offen über das Trauma zu berichten (Müller et al., 2000). Dabei sind sowohl die Frequenz, dies zu tun, als auch die Intensität der kommunizierten Erfahrungen von Bedeutung. Mittlerweile liegen viele Befunde aus verschiedenen Forschungsbereichen vor, die dem „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ – sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form – meist gesundheitsfördernde Effekte zuschreiben, während das Unterdrücken emotionaler Inhalte als gesundheitsschädlich betrachtet wird (Pennebaker & Francis 1988; Murray & Segal, 1994; Gidron et al., 1996; Kelly & McKillop 1996; Hautamäki & Coleman, 2001). Allerdings gibt es auch vereinzelte Studienergebnisse, in denen keine gesundheitsfördernde Wirkung von Disclosure gefunden werden konnte (Angel et al., 2001; Gidron et al., 1996).

Neben der Verringerung der Psychopathologie wurde in der Mehrzahl der Studien auch eine deutliche Steigerung des allgemeinen psychischen Wohlbefindens nach dem Offenlegen traumatischer Erfahrungen gezeigt. Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die

über belanglose Ereignisse schrieb oder sprach, zeigten sowohl die Gruppe, die ihre Erfahrungen im Rahmen einer Psychotherapie erzählte als auch die Gruppe, die traumatische Erfahrungen aufschrieb neben der Steigerung positiver und negativer Emotionen, gesteigerte positive Wahrnehmung, Selbstachtung, und Änderung in ihrem Verhalten (Donelly & Murray 1989).

Auch indirekte Befunde von Studien, die nicht primär die Wirkung von Disclosure untersuchten, können als Bestätigung der Verbesserung der psychischen Befindlichkeit interpretiert werden. Die von Hautamäki und Coleman (2001) untersuchten finnischen Kriegsveteranen aus dem zweiten Weltkrieg hatten insgesamt, trotz vielfältiger medizinischer Probleme und körperlicher Einschränkungen, sehr niedrige posttraumatische Symptomatik (niedrige Werte auf der IES-R) und gaben ein erstaunlich hohes subjektives Wohlbefinden an. Neben der kollektiven Natur des Kriegseinsatzes und der kontinuierlichen institutionalisierten sozialen Wertschätzung dieser traumatischen Erfahrungen, erklären die Autoren die geringe Symptomatik und das hohe psychische Wohlbefinden durch die Fähigkeit der Untersuchten, ihre Erfahrungen frei und auf emotionale Art und Weise zu schildern. Diese Fähigkeit sei durch das von Veteranenverbänden aufgebaute engmaschige soziale Netzwerk gefördert worden, in dem die Veteranen die Möglichkeit hatten, die Kriegserfahrungen mit anderen zu teilen, sie auszusprechen oder aufzuschreiben und sie so in einen bedeutungsvollen biographischen Zusammenhang zu bringen. Dieses offene und emotionale Aussprechen ihrer Erlebnisse zeigt nach Ansicht der Autoren das gelungene Prozessieren der traumatischen Erfahrungen der Veteranen, im Sinne von graduellen Durcharbeiten in unterstützenden Beziehungen.

Auch die Forschergruppe um Pennebaker setzt sich seit vielen Jahren intensiv mit Disclosure auseinander. Dabei konnten sie in vielen Studien die stressreduzierende Wirkung des offenen Erzählens bzw. des Schreibens über emotional belastende Inhalte belegen (Esterling et al., 1999; Pennebaker 1993^a; Pennebaker &

Francis, 1988; Pennebaker et al., 1988; Pennebaker & Traue, 1993). In ihren Studien mit College-Studenten verzeichneten sie durch therapeutisch angeleitetes Schreiben über belastende Erlebnisse (vgl. Esterling et al., 1999; Pennebaker, 1989) neben einer verbesserten psychischen Befindlichkeit auch eine Verbesserung der physischen Gesundheit, eine deutlich Abnahme der Arztbesuche (Pennebaker & Beall, 1986) sowie eine Verbesserung der Immunfunktion (Pennebaker et al., 1988). In einer computer-gestützten Analyse von Texten der Studienteilnehmer (Pennebaker & Francis, 1988) zeigte sich darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen der Verbesserung der Gesundheit und der Häufigkeit der Verwendung positiver Emotions-, einsichtsbezogener und Kausalworte. Auch in anderen Studien wurden gesundheitsförderliche Effekte von Disclosure gefunden. Zum Beispiel zeigten Smyth, Stone, Hurewitz und Kaell (1999) in ihrem Schreibexperiment mit 58 Asthma- und 49 Arthritis-Patienten, dass sich die Symptome derjenigen, die aufgefordert worden waren, ihr schlimmstes Lebensereignis aufzuschreiben, signifikant verbesserten, im Vergleich zur Kontrollgruppe, die lediglich ihre Tagespläne niederzulegen hatte. Es wurde von den Forschern vermutet, diese gesundheitsfördernde Wirkung von Disclosure gründe in einer gesundheitsförderlichen Veränderung des Lebensstils durch eine mittels Schreiben/Erzählen erhöhte Introspektionsfähigkeit, wie zum Beispiel einer Einschränkung des Konsums von Zigaretten und Alkohol oder regelmäßigem und ausreichendem Schlaf bzw. sei abhängig vom offengelegten Thema. Beide Hypothesen konnten jedoch nicht bestätigt werden (vgl. Pennebaker, 1993^a).

Die Wirkung von Disclosure kann auch durch Studien als belegt gelten, die indirekt Disclosure untersuchten. Eine Inhaltsanalyse von Narrativen über traumatische Erfahrungen vergewaltigter Frauen von Foa et al. (1995) zeigte beispielsweise, dass bei unbehandelten Patienten mit PTB-Diagnosen grundlegende kognitive und Gedächtnisprozesse beeinträchtigt waren sowie die Fähigkeit zusammenhängende Narrationen zu konstruieren. Im Ergebnis therapeutischer Interventionen wurden in derselben Studie

Zusammenhänge zwischen der (zunehmenden) Häufigkeit offenen Erzählens und der Abnahme posttraumatischer Symptome festgestellt (Foa et al., 1995). Disclosure – in geschriebener sowie mündlicher Form – wird deshalb als therapeutisches Mittel diskutiert und im Rahmen konfrontativer Verfahren eingesetzt (Esterling et al., 1999; Lange, 1999).

Zwischenzeitlich gibt es jedoch auch einzelne neuere Befunde, dass Disclosure kein gesundheitsfördernder Faktor ist (Angel et al., 2001; Gidron et al., 1996). Angel et al. (2001) untersuchten die Effekte des Krieges auf bosnisch-muslimische Kinder im Vorschulalter, die mit ihren Eltern nach Schweden geflüchtet waren. Sie fanden heraus, dass das offene Reden über die Kriegserlebnisse zwar bei Kindern mit geringem traumatischen Stress mit einer geringeren posttraumatischen Belastungssymptomatik assoziiert ist, dass das Reden bei Kindern, die mit ausgeprägten traumatischen Stressoren konfrontiert waren, die Probleme sogar noch verstärkt. Die Autoren interpretieren die Ergebnisse in Zusammenhang mit kulturellen Aspekten. Während das Sich-Bekennen zu Erlebnissen und Teilen von Erfahrungen schon durch das Christentum Teil der westlichen Kultur ist (vgl. Pennebaker, 1997), wird in vielen nicht-christlichen bzw. nicht-westlichen Kulturen Disclosure nichttraumatischer und traumatischer Erfahrungen eher unterbunden (z.B. Jeppsson & Hjern, 2001; Summerfield, 1999). Wahrscheinlich führen diese unterschiedlichen Grundüberzeugungen bezüglich des offenen Erzählens zu sehr unterschiedlichen Reaktionen in verschiedenen kulturellen Kontexten: In einer Umgebung, in der Disclosure ermutigt wird, ist es wahrscheinlich, dass sich durch das Offenlegen der traumatischen Erfahrungen sowohl die soziale Unterstützung als auch die emotionale Beteiligung der Umwelt erhöhen, wohingegen in Disclosure nicht unterstützendem Kontext die Zuhörer möglicherweise eher Zögern und Feindseligkeit zeigen können. Ein weiterer negativer Effekt von Disclosure fand sich in der Studie von Gidron et al. (1996), welche die Wirkung von Disclosure auf PTB-Patienten (israelische Kriegsveteranen) untersuchten. Nach ihrer geschriebenen Kurzinterven-

tion verzeichneten sie langfristige negative Effekte des Offenlegens der traumatischen Erfahrung sowohl auf die intrusive PTB-Symptomatik als auch auf die physische Gesundheit. Außerdem bestand ein Zusammenhang zwischen der Affektivität des Berichts und Intrusionen, Vermeidungsverhalten und somatische Beschwerden und negativem Affekt nach dem Disclosure. Diese Ergebnisse stehen im Gegensatz zu den Befunden von Pennebaker und Traue (1993). Die Autoren begründen ihre Ergebnisse mit der unterschiedlichen Stichproben. Während Pennebaker und Traue (1993) psychopathologisch unauffällige Probanden baten, ihre belastendsten Erlebnisse zu berichten, untersuchten Gidron et al. (1996) Patienten mit PTB, die von ihrem Trauma berichteten. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, dass es Patienten mit PTB möglicherweise nicht spontan gelingt, Coping-Strategien einzusetzen oder dass diese aufgrund fundamentaler neuropsychologischer Probleme die traumabezogene Antwort nicht löschen können. Möglicherweise benötigen PTB-Patienten aufgrund der konditionierten Furchtreaktion mehr Zeit, nach dem Erzählen die Wahrscheinlichkeit der Bedrohung zu reevaluieren und die Erinnerungen aufzulösen als nicht PTB-Patienten (Foa, Zoellner & Alvarez, 1999).

9.1.2 Erklärungsansätze für die Wirkung von Disclosure

Für die dargestellten positiven Effekte des Disclosures werden eine Reihe von Erklärungen diskutiert, die verschiedene Aspekte des Offenlegens fokussieren: Während Pennebaker und Traue (1993) v.a. den narrativen Inhalt untersuchten, konzentrierten sich Foa et al. (1995) im Gegensatz dazu auch auf die narrative Organisation des traumatischen Materials bei der Bewältigung der Erfahrungen. Im Folgenden werden drei Erklärungsansätze für die Wirkung von Disclosure vorgestellt: das Furchtstrukturmodell von Foa und Kozak (1986), das Modell veränderter Schemata (Janoff-Bulman, 1992) und die Hemmungstheorie von Pennebaker (1982; 1995).

Grundannahme der Theorie von Foa und Kozak (1986) für die Erklärung der Disclosure-Wirkung ist, dass sich in Traumaberichten strukturelle und prozessurale kognitive Aspekte der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen widerspiegeln. Sie gehen davon aus, dass traumatische Erinnerungen, welche sie als "kognitive Furchtstruktur" verstehen, sich von nichttraumatischen Erinnerungen unterscheiden und eine spezielle Form mentalen Verarbeitens benötigen. Diese traumaspezifische Furchtstruktur sei als ein Programm definiert, Gefahren zu vermeiden und beinhalte Vorstellungen von Angststimuli, Angstreaktionen und deren Repräsentation. Während bei nicht traumatisierten Menschen diese Furchtstruktur nur bei akuter Bedrohung aktiviert werde, und die Angst wieder aufhöre, sobald die Gefahr vorüber ist, würden Menschen mit PTB eine pathologische Furchtstruktur aufweisen, die durch exzessive Reaktionen wie Vermeidung oder physische Reaktionen (z.B. PTB-Symptome) gekennzeichnet sei. Durch diese dauerhaft aktivierte pathologische Furchtstruktur seien bei Personen mit PTB die Einschätzungen und Interpretationen von Situationen, die an das Trauma erinnern, unrealistisch und fehlerhaft. Zur spontanen oder psychotherapeutisch angeleiteten emotionalen Bewältigung des Traumas ist demnach die Modifikation dieser sogenannten Furchtstruktur notwendig. Dafür ist nach Foa und Kozak (1986) neben dem Zugang zur Furchtstruktur auch die Verfügbarkeit korrektiver Informationen notwendig. Eine Modifikation im Sinne einer Löschung der konditionierten Furcht, soll durch wiederholte Aktivierung des Traumas bei gleichzeitiger Integration neuer Informationen geschehen. Die Aktivierung des Traumas wird durch das Erzählen oder schriftliche Niederlegen der Erfahrungen erreicht. Im Erzählmaterial oder in den schriftlichen Schilderungen zeigen sich nach Foa und Kozak (1986) bei Traumapfern mit PTB die Beeinträchtigung grundlegender kognitiver und Gedächtnisprozesse sowie die verminderte Fähigkeit, zusammenhängende Traumaberichte zu konstruieren. Diese Beeinträchtigungen erkennt man daran, dass die Traumaerzählungen von Personen mit PTB durch viele Füllwörter, Wiederholungen, unvollständige Sätze, Brüche in Zeit und Raum und allgemeine Verwir-

rung charakterisiert sind (Foa et al., 1995). Mit zunehmender sprachlicher Organisation traumatischer Erinnerungen nehmen nicht nur diese Beeinträchtigungen sondern auch die Symptome von PTB und andere psychopathologischer Symptome, z.B. Depression, ab (Amir, Stafford, Freshman & Foa, 1998; Foa et al., 1995; Gidron et al., 1996; Jaycox, Foa & Morral, 1998). Dieser parallele Prozess zwischen Traumaerzählung und Psychopathologie konnte anhand von Sprachanalysen gezeigt werden: Sobald die Erfahrung häufiger berichtet wird und die Erzählung spezifischer, organisierter und zusammenhängender ist, mehr Gedanken und Gefühle enthält, lassen die PTB-Symptome nach (Foa et al., 1995). Es wird angenommen, dass wichtige entlastende Effekte des Offenlegens und Wiedererzählens der traumatischen Erinnerungen durch die Förderung des kognitiven Zugangs, einer zunehmenden Komplettierung und dem Wiedererinnern wichtiger Details zustande kommen.

Ein weiterer Erklärungsmechanismus für die Disclosure-Wirkung, der über das reine Erzählen hinausgeht, beruht auf der durch das Offenlegen einsetzenden Möglichkeit, das Trauma erneut zu überdenken, d.h. kognitiv neu zu strukturieren. Janoff-Bulman (1992) beschrieb, dass durch das Erleben eines Traumas grundlegende Schemata über sich selbst, andere Menschen und die Welt verändert werden. Die Betroffenen seien nicht mehr in der Lage, sich selbst als wertvollen und im Alltagsleben normalerweise unverwundbaren Menschen wahrzunehmen und schätzten die Welt nicht mehr als sicheren und gerechten Ort ein. Diese Einschätzungen werden von Janoff-Bulmann jedoch als notwendig für die Bewältigung des Traumas verstanden. Durch Disclosure könnten solche Einschätzungen und irrationale Annahmen im persönlichen Überzeugungssystem erkannt und zugunsten eines kohärenten und konsistenten Zuganges zu den erinnerten Teilen des Traumas verändert werden.

Als alternative Erklärung für die gesundheitsförderliche Wirkung des offenen Erzählens bzw. die gesundheitsschädliche Auswir-

kung des Unterdrückens der traumatischen Erfahrungen wird davon ausgegangen, dass der Erzählprozess im Traumagedächtnis einen Kohärenzsinn fördert. Disclosure wird dabei als Prozess verstanden, durch den traumaspezifische Gedanken und Gefühle miteinander verbunden werden und die Bedeutung des erlebten Traumas in einer psychologisch adaptiveren Weise überdacht wird. In seiner Hemmungs-Theorie beschreibt (Pennebaker 1982; 1995; Pennebaker & Francis, 1988), wie sich die misslungene Verarbeitung belastender Inhalte negativ auf die Gesundheit auswirkt. Die zentrale Annahme dabei ist, dass die aktive Hemmung von Gedanken, Gefühlen und Verhalten ein aktiver Prozess ist, der physiologischen Aufwand benötigt. Das langfristige Unterdrücken des Bedürfnisses, belastende Erfahrungen offenzulegen oder darüber nachzudenken, verursache kumulativen Stress, der in einer erhöhten Vulnerabilität für stressbezogene Erkrankungen oder Störungen resultiere. Durch das Offenlegen vergangener belastender Inhalte werde Stress reduziert, wodurch die psychische Befindlichkeit verbessert, bzw. die Wahrscheinlichkeit negativer Effekte auf die Gesundheit gesenkt werde. Diese stress-neutralisierende Wirkung erklärt Pennebaker durch die Strukturierung des ursprünglich verbal nicht zugänglichen belastenden Erlebnisses, indem die Erfahrungen in verbale Elemente und kognitiv-emotionale Strukturen übersetzt werden. Demnach sind Menschen durch Sprache dazu in der Lage, ihre kognitiv-emotionalen Strukturen sowie die stressauslösenden Erlebnisse zu organisieren, strukturieren und anzupassen und in ihr biographisches Gedächtnis zu integrieren. Diese Theorie wird auch von Stiles (1995) unterstützt, der vermutet, durch das Aussprechen werde das Ereignis reflektiert wobei gleichzeitig die Angst reduziert werde, wohingegen das wiederholte Erzählen die Anpassung fördere. Den Studien Pennebakers ist kritisch anzumerken, dass die Anweisung an die Studienteilnehmer in den dargestellten Studien zwar ist, traumatische Inhalte zu schildern, von den Forschern aber nicht kontrolliert wird, ob dieses Ereignis tatsächlich den Kriterien der Traumadefinition entspricht. Nichtsdestotrotz geht Pennebaker generell von der traumatischen Art der belastenden Erlebnisse

der College-Studenten aus und verwendet dafür den Begriff „traumatisch“ unhinterfragt. Ob die Ergebnisse der Arbeitsgruppe ohne Weiteres auf Menschen mit PTB übertragbar sind, ist demnach fraglich (vgl. dazu Befunde von Gidron et al., 1996). Sowohl die Arbeit als auch die Hemmungstheorie von Pennebaker und Kollegen unterstützen indirekt die Theorie von Foa und Kozak (1986): Beide Forschungslinien vertreten die Ansicht, dass Artikulation und Organisation von traumatischen und belastenden Erinnerungen sowie der Ausdruck von Gefühlen und Gedanken das psychische und physische Wohlbefinden erhöhen.

Das Vorhandensein sozialer Unterstützung wurde als weiterer Wirkfaktor für eine gelungene Traumabewältigung vermutet und untersucht. Zwar sprechen viele Befunde aus der PTB-Forschung für eine solche belastungsreduzierende Wirkung der sozialen Unterstützung (Fontana & Rosenheck, 1994; Maercker, 1998; Schützwohl & Maercker, 1997; Solomon & Smith, 1994), jedoch scheint dabei weniger die objektive als die subjektiv wahrgenommene soziale Unterstützung von bedeutender Rolle bei der Traumabewältigung zu sein (z.B. Perrin et al., 1996; Taft et al., 1999). Allerdings zeigte sich in einigen Studien auch, dass weniger das Existieren sozialer Unterstützung einen positiven Einfluss auf die Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses zu haben scheint, als dass das Fehlen sozialer Unterstützung mit hoher Belastung in Zusammenhang steht (Abbey et al., 1985; Pagel et al., 1987). Allerdings ist, nach Pennebaker und Harber (1993) die soziale Unterstützung an „soziale Zwänge von Traumaopfern“ gebunden, die von den Forschern erstmalig für kollektive traumatische Ereignisse aufgezeigt wurde. Ihr Phasenmodell des kollektiven Copings (*social stage model of collective coping*) beinhaltet, dass die Verarbeitung eines Traumas kein eindimensionaler Prozess ist, sondern sich im Laufe der Zeit verändert. Dabei beschreiben sie drei Phasen, die durch einen unterschiedlichen Umgang der Traumaopfer und ihrer Umwelt mit dem Erlebten gekennzeichnet sind: Während die zwei bis dreiwöchige Notfallphase nach dem Trauma durch häufiges Reden über das Erlebte ge-

kennzeichnet ist, in der annähernd soviel über das Trauma intrusiv gedacht, wie mit Bezugspersonen geredet wird, nimmt das Disclosure in der anschließenden „Hemmungsphase“ (2. – 6. Woche) trotz gleichbleibend häufiger Gedanken (Intrusionen) an das Ereignis ab. Während dieser Zeit treten soziale Konflikte, Alpträume und gesundheitliche Probleme zutage. In der relativ konstant bleibenden Adaptionsphase, die ca. 6 Wochen nach dem Ereignis einsetzt, haben die meisten Menschen das Trauma verarbeitet, fast alle sozialen und gesundheitlichen Indikatoren gleichen denen der Kontrollgruppen. Die Übertragbarkeit dieses Modells auf singuläre Traumata sehen die Autoren in den Ergebnissen ihrer Studie bestätigt, in der 40 Eltern interviewt wurden, deren Kinder verstorben waren. Die Eltern schilderten es als sehr hilfreich, über den Verlust zu sprechen und erlebten ihre Angehörigen und Freunde in den ersten Wochen nach dem Tod des Kindes als extrem unterstützend. Nach dieser Zeit hatten sie jedoch das Gefühl, von Angehörigen/Freunden gemieden und unter Druck gesetzt zu werden, mit dem Leben wieder klarzukommen (Pennebaker & Harber, 1993). Als Gründe für die nach gewisser Zeit häufig geringe Bereitschaft von Angehörigen und Freunden, Traumatisierten zuzuhören, vermutet Pennebaker (1993^b) erstens die Verhaltensunsicherheit aufgrund unklarer Normen und fehlender Riten in heutigen Gesellschaften. Zweitens sei vor allem die Dynamik sozialer Interaktionen, welche das Trauma umgeben, wesentlich: Um sich selbst vor Trauer durch Zuhören zu schützen, versuchen Bezugspersonen des Opfers mittels verschiedener Strategien (Minimierung, Ratschläge geben und Überprotektion) den Schilderungen des genauen traumatischen Vorfalls zu entgehen. Auf diese Art und Weise werden die Betroffenen daran gehindert, ihre Emotionen und Gefühle offen mitzuteilen: Wenn andere Personen nicht wollen, dass man über seine signifikanten persönlichen Erlebnisse spricht, bleibt keine andere Möglichkeit, als zu versuchen, die eigenen Gedanken und Gefühle diesbezüglich zu hemmen. Problematisch sind aus unserer Sicht die Weitläufigkeit des Konzepts der sozialen Unterstützung und ihre wenig einheitlichen Definitionen, welche zum Teil unterschiedliche Di-

mensionen beinhalten und häufig nicht zwischen der tatsächlich vorhandenen und der von den Befragten wahrgenommen sozialen Unterstützung unterscheiden.

Pennebakers Stufenmodell gegenüber steht die Betrachtung des Kommunikationsverhaltens aus sozialpsychologischer Perspektive. Diese legt die Vermutung nahe, dass das Offenlegen bedeutender (nichttraumatischer) Erfahrungen nicht nur intrapsychische Prozesse positiv beeinflusst, sondern auch Auswirkungen auf die soziale Integration hat: Nur wer in der Lage ist, anderen von signifikanten Erlebnissen in seinem Leben zu erzählen, ist fähig, sich gut zu integrieren. Im Gegensatz dazu werden Personen, die sehr verschwiegen sind, weniger von ihrer Umwelt aufgenommen: Durch diese sich einander gegenüber stehenden Prozesse entsteht ein Dilemma: Einerseits muss sich der Betroffene zur Aufrechterhaltung seiner persönlichen Integration seinem sozialen Umfeld mitteilen. Gleichzeitig wird das Offenlegen dieser Erfahrungen jedoch vom sozialen Umfeld unterbunden, da dies ebenfalls nicht in der Lage ist, mit den belastenden Schilderungen adäquat umzugehen. Dadurch wird einerseits die Tendenz Traumatisierter unterstützt, das Berichten des Erlebten zu unterdrücken und statt dessen zu versuchen, alles was mit dem Trauma in Zusammenhang steht zu vermeiden. Dies verstärkt jedoch die intrusive Symptomatik und hält diese langfristig aufrecht. Andererseits wirkt sich die Verschwiegenheit gleichzeitig direkt negativ auf die sozialen Beziehungen aus. Auf diese Weise tragen neben traumaspezifisch veränderten Kognitionen möglicherweise auch tatsächliche soziale Prozesse zur Ausbildung und Aufrechterhaltung von PTB-Symptomen bei, wie z.B. die Unfähigkeit, Gefühle für andere, vor dem Trauma wichtige Bezugspersonen zu empfinden oder das Gefühl der Entfremdung von anderen bei.

Es sind demnach zwei Komponenten des Vermeidens, traumatische Erfahrungen offenzulegen, zu unterscheiden. Erstens die interpersonelle Annahme der Betroffenen, beim Erzählen starke emotionale Belastung zu erleben („Wenn ich erzähle, geht es mir

schlechter“). Diese Annahme trifft zwar kurzfristig zu, da die Belastung beim und kurz nach dem Erzählen tatsächlich zunimmt, ist – betrachtet man die langfristig belastungsreduzierenden und gesundheitsförderlichen Aspekte – jedoch langfristig nicht richtig (Pennebaker, 1990). Im Gegenteil wird die PTB-Symptomatik durch das Vermeiden der Erzählung langfristig verstärkt und aufrechterhalten. Demgegenüber stehen zweitens interpersonelle Aspekte, die eine Tendenz, traumatische Erfahrungen zu verschweigen fördern: Erlebt der Betroffene beim Offenlegen seiner Erfahrungen keine empathische und wertschätzende Haltung und erfährt somit nicht die von Bootzin (1997) diskutierte, selbstwertsteigernde Akzeptanz des Erlebten durch den Zuhörer sondern im Gegenteil Reaktionslosigkeit, Ablehnung oder Zweifel, sinkt die Wahrscheinlichkeit für ein Fortführen der offenen Kommunikation. Unter Berücksichtigung des oben dargestellten Stufenmodells von Pennebaker und Harber (1993) sind jedoch negative Reaktionen beim Zuhörer sehr wahrscheinlich, da das Erzähltbekommen traumatischer Erlebnisse sehr belastend ist und die Zuhörer sich selbst vor Belastung schützen möchten.

Diese interpersonelle Sichtweise verdeutlicht die Notwendigkeit, auch das Verhalten und die Reaktionen anderer in die Betrachtung von Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB mit einzubeziehen. Maercker (1998; 2003) entwickelte aus diesem Grund ein Rahmenmodell, das interpersonelle und soziokognitive Variablen als mögliche Einflussfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB integriert. Dabei wird vermutet, dass die kognitiv-emotionale Verarbeitung durch soziale Verstärkungsprozesse unterstützt werden kann. Ziel des Modells ist die Erweiterung bisheriger kognitiv-lerntheoretischer (Ehlers & Clark, 1999; Foa & Kozak, 1997) bzw. ätiologischer Modelle der PTB (Maercker, 1998; Pennebaker, 1993^a), die sich ausschließlich auf intrapsychische Prozesse beziehen. Die Überlegungen fanden vor dem Hintergrund statt, dass der empirische Erklärungswert bestehender PTB-Modelle relativ gering ist. Neben der wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung und der Bereitschaft anderer, zu-

zuhören, wird Disclosure in diesem Modell Rahmenmodell explizit als eine Variable betrachtet, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB mit beiträgt. Dabei wird, anders als bisher, das Offenlegen traumatischer Erfahrungen nicht mehr ausschließlich auf der Ebene der Traumaberichte betrachtet sondern es wird ein erweiterter Blickwinkel des Phänomens befürwortet (Müller et al., 2000; Maercker & Müller, 2002): Wir betrachten Disclosure als mehrdimensionales Konstrukt, das über sprachanalytisch zu untersuchende Dimensionen – wie zum Beispiel die Erzähltiefe oder die Emotionalität im Bericht – hinausgeht und in das, neben individuellen traumabezogenen Kognitionen, auch Kognitionen über die eigene emotionale Reaktion beim Erzählen, intra- und interpersonelle Gründe des Offenlegens bzw. des Verschweigens traumatischer Erfahrungen eingehen.

Zusammengefasst beinhaltet Disclosure drei wichtige intrapsychische Aspekte: Habituation an die Auseinandersetzung mit dem Erlebten, Strukturierung des Erlebten und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen. Diese drei Prozesse spiegeln sich in dem Vorschlag von Brewin, Dagleish und Joseph (1996) wieder, dass sowohl ausreichendes, wiederholtes Erzählen des traumatischen Erlebnisses – einerseits zur Reduktion des Hyperarousals andererseits zur Akzeptanz und Lösung der Erlebnisse innerhalb der kognitiven Schemata – und vermehrte emotionale Unterstützung durch andere die grundlegenden Elemente für eine gelungene Integration des traumatischen Materials sind. Nicht zu vergessen sind unserer Meinung nach aber auch soziokognitive Aspekte bezüglich der Reaktion anderer auf die Erfahrung und der wertschätzenden Unterstützung durch andere. Unsere Überlegungen gehen damit über die Betrachtung der reinen sozialen Unterstützung hinaus und beinhalten eher die subjektive Wahrnehmung der interpersonellen Prozesse als deren konkretes objektives Vorhandensein.

9.2 Methodik der eigenen Untersuchung

In unserer Studie untersuchten wir 151 Personen, die primär über die Opferhilfeorganisation „WEISSER RING“ rekrutiert worden waren und die im vergangenen halben Jahr Opfer eines kriminellen Delikts geworden waren. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten war weiblich. Im Durchschnitt waren sie 44 Jahre alt, 60% von ihnen hatte eine feste Partnerschaft, die Hälfte lebte alleine. Den Teilnehmern wurde ein Fragebogenset mit Selbstbeurteilungsbögen (Maercker & Müller, 2002) und einer Anleitung zur freien schriftlichen Beschreibung des Traumas zugesandt, mit der Bitte, dies innerhalb der nächsten vier Wochen möglichst vollständig ausgefüllt an uns zurückzusenden. Ausschlusskriterien von der Studie waren unvollständig ausgefüllte Fragebögen oder wenn keine Konfrontation mit einem als traumatisch geltenden Ereignis vorlag (vgl. A-Kriterium der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV, APA, 1996), wie es zum Beispiel bei Wohnungseinbrüchen in Abwesenheit des Betroffenen der Fall ist.

Das Vorhandensein posttraumatischer Symptomatik wurde mit der 22 Items umfassenden *Impact of Event Skala - revidierte Form* (IES-R, Weiss & Marmar, 1996; deutsch: Maercker & Schützwohl, 1998) erfasst. Bei diesem Standardinstrument wird die Auftretenshäufigkeit jedes Symptoms in den letzten sieben Tagen auf einer vierstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „oft“ angegeben. Die Subskalenwerte der drei PTB-Symptomcluster „Wiedererleben“, „Vermeidung“ und „Hyperarousal“ werden durch die Addition der zugehörigen Items berechnet. Anhand der Ausprägungen der drei Subskalen kann das Vorliegen einer PTB-Diagnose mittels Regressionsformel abgeschätzt werden. Die statistischen Kennwerte sind zufriedenstellend und es liegen Vergleichswerte für viele Stichproben Traumatisierter vor (Maercker, 2002).

Mit dem Fragebogen zum *Offenlegen traumatischer Erfahrungen* (Müller et al., 2000) wird das Kommunikationsverhalten bezüglich der traumatischen Erfahrungen erfragt. Die 34-Items des Fragebogens verteilen sich auf drei Subskalen. Die erste Subskala

„Verschlossenheit“ besteht aus Items, in denen die Unterdrückung und das Nichterzählen der Erfahrung erfasst wird. In der Subskala „Mitteilungsdrang“ befinden sich Items, die das Bedürfnis nach Kommunikation und das Berichten der Erfahrungen beinhalten. Emotionen wie Angst, Trauer und Wut, welche die Betroffenen während des Offenlegen des Traumas erleben, werden auf der Subskala „Emotionale Reaktion“ erfasst. Die beiden ersten Skalen weisen keinen Zusammenhang miteinander auf ($r = -.14$), die Skalen Verschlossenheit und emotionale Reaktion sowie Mitteilungsdrang und emotionale Reaktion korrelieren dagegen bedeutsam ($r = .41$ bzw. $=.49$). Die Subskalen besitzen gute interne Konsistenzen (Cronbachs Alpha = $.82 - .88$) und Konstruktvalidität (insgesamt 38% Varianzaufklärung der drei Skalen). Die Test-Retest-Reliabilitäten (2-Monatsintervall) der drei Skalen liegen zwischen $r_{tt} = .76 - .89$. Es liegen Vergleichswerte für ehemals politisch Inhaftierte in der DDR vor (Müller et al., 2000).

Innerhalb des Fragebogensets wurden die Teilnehmer wie folgt gebeten, das traumatische Erlebnis schriftlich darzustellen: *„Bitte schildern Sie im Folgenden kurz das Ereignis so, wie Sie sich daran erinnern, in ihren eigenen Worten: Wie war die Situation, wo geschah die Tat, wer war dabei? Beschreiben Sie vor allem, welche Sinneswahrnehmungen Sie hatten (was Sie sahen, was Sie hörten, bestimmte Gerüche, die Sie wahrnahmen), welche Gedanken Ihnen in der Situation durch den Kopf gingen und welche Gefühle Sie empfanden. Was haben Sie direkt nach der Tat getan?“* Es wurde gebeten, auf einem Extrablatt weiterzuschreiben, falls der für den Bericht vorgesehene Platz nicht ausreichte.

Ziel der Textauswertung war die Analyse zweier voneinander unabhängiger Aspekte der Schilderung traumatischer Erfahrungen – *schriftlicher emotionaler Ausdruck* und *Fragmentierung des Traumberichtes* – deren Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von PTB angenommen wurde.

Es wurde ein Ratingmanual zur globalen Bewertung der Texte für das Training der Beurteiler entwickelt, in welchem der theoretische Hintergrund dieser Konzepte und eine Anleitung sowie die Ankerwerte für die Auswertung vorgegeben waren. Im Ratingmanual wird einführend beschrieben, dass sich Personen mit und ohne PTB im Umgang mit ihren Emotionen – wie Angst, Schock, Trauer, Wut, Hilflosigkeit etc. – bezüglich des Traumas voneinander unterscheiden: Personen, denen die Bewältigung des Traumas gelingt, können langfristig adäquat mit ihren Emotionen umgehen. Es gelingt ihnen, das Trauma und die dazugehörigen Emotionen aus einer gegenwärtigen Perspektive als Vergangenheit zu betrachten. Teilweise berichten die Betroffenen nach einiger Zeit sogar positive Emotionen (z.B. Dankbarkeit, überlebt zu haben, Gefühl persönlicher Reifung durch die Erfahrung). Hingegen erleben Personen mit PTB ihre Emotionen im Zusammenhang mit dem Ereignis noch lange danach als extrem unangenehm, belastend und unkontrollierbar. Sie versuchen deswegen, Gedanken an das Trauma zu vermeiden sowie diesbezügliche Emotionen zu unterdrücken. Gerade dieses Verhalten verhindert jedoch langfristig die erfolgreiche Verarbeitung des Traumas und hält die PTB aufrecht.

Im Anleitungsteil des Ratingmanuals wurde eine vierstufige Skala von „nicht emotional“ bis „stark emotional“ vorgegeben, nach der die Beurteiler jeden Abschnitt aller Traumaberichte einzeln hinsichtlich der Dimension *schriftlicher emotionaler Ausdruck* bewerten sollte. Als emotional eingestuft und hinsichtlich ihrer Intensität unterschieden, wurden der direkte Ausdruck negativer oder positiver Gefühle (z.B. „Ich hatte so große Angst“) aber auch die indirekte Rede über Gefühle („Ich dachte, bloß raus hier“) oder die Schilderung von Körperempfindungen, die ein Gefühl ausdrücken („Ich war wie gelähmt“) bzw. das Erwähnen nicht vorhandener Gefühle sowie das Gefühl der Gefühllosigkeit („Ich war wie in einem Film“). Beschreibungen auf der reinen Sachebene, bei denen Emotionsworte in direkter oder indirekter Form völlig fehlen, galten hingegen als „nicht emotional“. Diese abschnittsweise Bewertung war

die Grundlage für den abschließend durch jede Raterin für die einzelnen Traumaberichte vergebenen Globalwert für den *schriftlichen emotionalen Ausdruck* (ebenfalls auf obiger Skala).

Für die zweite Dimension der Textanalyse, die *Fragmentierung des Traumaberichts*, bezog sich der beschriebene theoretische Hintergrund auf die Annahme, dass chronische Posttraumatische Belastungsstörungen u.a. durch eine unzureichende Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses entstehen und aufrechterhalten werden. Diese unzureichende Verarbeitung zeigt sich z.B. darin, dass Personen mit PTB häufig Schwierigkeiten haben, das traumatische Erlebnis willentlich vollständig zu erinnern. Die Erinnerungen sind oft ungeordnet und bruchstückhaft (fragmentiert), so dass es den Betroffenen nicht oder nur teilweise gelingt, einzelne Details oder die genaue Reihenfolge der Ereignisse willentlich abzurufen. Die Fragmentierung und Desorganisation der Traumaeinnerungen wird damit begründet, dass diese enkodiert werden, während die Betroffenen große Angst erleben.

Auch die Bewertung der Dimension *Fragmentierung des Traumaberichts* erfolgte auf einer vierstufigen, in der Anleitung angegebenen Skala von „nicht fragmentiert“ bis „stark fragmentiert“. Als „nicht fragmentiert“ galten flüssige, grammatikalisch unauffällige Schilderungen des Geschehnisses in ganzen Sätzen, in denen keine Lücken, Abbrüche, Sinn- und Zeitsprünge oder Hinweise auf intrusives Erleben während des Schreibens vorlagen. Lagen unvollständige Sätze vor, in denen einzelne Elemente eines Satzes fehlten, Sätze unbeendet abgebrochen wurden oder verwendete der Betroffene einen Stichwortstil bzw. sinnfremde Sprachfüller benutzte, so wurde dies als „ziemlich fragmentiert“ bewertet. Starke Fragmentierung zeichnete sich durch das Fehlen flüssiger Darstellung, zeitlich lückenhafte Schilderung des Geschehens (ohne dass eine Bewusstlosigkeit vorlag) und Wiederholungen aus. Auch Sinnsprünge, in denen sich ein nachfolgender Satz nicht auf den vorhergehenden bezieht, sondern (ohne Absatz) von etwas ganz anderem handelt gelten als stark fragmentiert, da da-

bei der die Bedeutung des Gesagten verloren geht. Ebenfalls als „stark fragmentiert“ gelten Abschnitte, in denen es Hinweise auf Intrusionen oder Flashbacks gibt oder in denen Zeitsprünge (i.e. plötzliche Wechsel zwischen Vergangenheit und Gegenwart) vorkommen.

Für den Beurteilungsprozess wurden drei Psychologiestudentinnen der Universität Zürich im Hauptfach Klinische Psychologie gewonnen. Nach einem eingehenden Ratertraining bewerteten sie voneinander unabhängig erst jeden Bericht bezüglich der Ausprägung des *schriftlichen emotionalen Ausdrucks* und anschließend bezüglich der *Fragmentierung des Traumaberichts* mit je einem globalen Wert. Die Raterinnen hatten keine Angaben über die Untersuchungsteilnehmer und kannten das Ziel der Untersuchung nicht. Die Ratings galten als endgültig, sofern die Urteile der voneinander unabhängigen Raterinnen spontan übereinstimmten oder wenn zwei der drei Raterinnen übereinstimmten und die dritte eine benachbarte Kategorie gewählt hatte. Dies war zu 88% bei der *Fragmentierung des Traumaberichts* und zu 85% beim *schriftlichen emotionalen Ausdruck* der Fall. Die verbleibenden Berichte, in denen keine Übereinstimmung herrschte, wurden in einer Konsensdiskussion erneut gemeinsam bewertet. Die Güte eines Raters wurde anhand von Intraclass-Korrelationen (vgl. Diehl & Staudenbiel, 2001) berechnet und betrug .81 für die Dimension *schriftlicher emotionaler Ausdruck* und .76 für *Fragmentierung des Traumaberichts*. Die Reliabilität betrug .93 für die Dimension *schriftlicher emotionaler Ausdruck* und .91 für die *Fragmentierung des Traumaberichts*.

9.3 Ergebnisse

9.3.1 Ergebnisse anhand des Fragebogens

Zunächst ist festzuhalten, dass die befragten Untersuchungsteilnehmer in hohem Maße traumatisiert waren: Zwei Drittel der untersuchten Stichprobe erlebten während des auf sie verübten Angriffs körperliche Gewalt durch Fremde oder Angehörige. Ein Drittel war Opfer von Raubüberfällen mit und ohne Körperverletzungen. Die kriminellen Angriffe dauerten im Durchschnitt 24 Minuten, wobei jedoch eine große Spannbreite von wenigen Minuten bis zu vier Tagen herrschte (der Median lag bei 10 Minuten). Etwa zwei Drittel der Befragten waren alleiniges Opfer des kriminellen Überfalls geworden. Ebenfalls zwei Drittel schilderten, von einem einzelnen Täter angegriffen worden zu sein. Insgesamt gaben drei Viertel der Befragten an, während der kriminellen Tat massive Gewalttätigkeiten erlebt zu haben, die in 58% der Fälle unter anderem durch Waffeneinsatz gekennzeichnet war. 85% der Opfer benötigten direkt nach dem Angriff medizinische Hilfe; insgesamt gaben drei Viertel an, stark körperlich verletzt worden zu sein. Die Hälfte der Untersuchten hatten zur Bewältigung ihres traumatischen Erlebnisses psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen.

Wie bei einer so stark traumatisierten Stichprobe zu erwarten war, litten viele der Untersuchungsteilnehmer zum Zeitpunkt der Befragung unter stark ausgeprägter Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung⁶. Der Mittelwert auf der IES-R-Skala Intrusionen lag bei $M = 22.0$ ($SD = 9.7$, Range: 0 - 35), der Skala

⁶ Eine PTB besteht aus den Symptombereichen Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregung. Als Intrusionen werden Symptome bezeichnet, bei denen die Betroffenen das Trauma anhaltend und ungewollt in Gedanken, Bildern oder Alpträumen wiedererleben und solche, die eine starke Belastung bei Konfrontation mit dem Trauma oder Erinnerungen daran, erfassen. Vermeidungsverhalten ist durch Symptome wie das Vermeiden von Orten, Personen und Gesprächen gekennzeichnet, aber auch durch Symptome, welche die eingeschränkte Fähigkeit der Betroffenen erfassen, Gefühle zu empfinden sowie das Gefühl der Losgelöstheit und Entfremdung von anderen Menschen. Weiteres Kennzeichen einer PTB sind deutliche Angstsymptome, wie Schreckhaftigkeit und übermäßige Wachsamkeit und Übererregung, die sich durch Reizbarkeit und Wutausbrüche und der Schwierigkeit, ein- oder durchzuschlagen widerspiegeln und die in als Hyperarousal bezeichnet werden.

Vermeidung bei $M = 23.0$ ($SD = 8.3$, Range: 0 - 40) und der Skala Hyperarousal bei $M = 8.3$ ($SD = 10.0$, Range: 0 - 35). Diese mittlere Belastung der Studienteilnehmer durch PTB-Symptome ist, verglichen mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen von Kriminalitätsopfern, sehr hoch. In einer Studie von Maercker und Schützwohl (1998) liegen die Kennwerte der IES-R-Subskalen deutlich tiefer (Intrusionen: $M = 18.7$, Vermeidung: $M = 13.8$, Übererregung: $M = 16.7$). Insgesamt litt etwas mehr als die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer (54%) zum Zeitpunkt der Befragung unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Dabei unterschieden sich Personen mit und ohne PTB weder in der Art des auf sie verübten Delikts noch hinsichtlich ihres Alters und ihres Geschlechts noch bezüglich ihrer familiären und beruflichen Situation voneinander. Allerdings zeigte sich, dass Personen ohne PTB signifikant höhere Bildung aufwiesen als Personen mit PTB.

Der mittlere Gesamtwert des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen lag bei $M = 68.0$ ($SD = 26.9$) und befand sich damit in der gleichen Größenordnung wie bei der zuvor untersuchten Gruppe ehemals politisch Inhaftierter (Müller et al., 2000). Die Subskala Mitteilungsdrang lag bei $M = 22.3$ ($SD = 11.3$), die Subskala Verslossenheit bei $M = 20.2$ ($SD = 12.4$) und die Subskala emotionale Reaktion bei $M = 25.6$ ($SD = 12.5$). Von den Größenordnungen her waren auch diese Subskalenwerte mit denen der ehemals politisch Inhaftierten vergleichbar.

Die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Subskalen waren gleich wie in der Validierungsuntersuchung des Fragebogens, d.h. Mitteilungsdrang und Verslossenheit standen in keinem systematischen Zusammenhang ($r = .12^{n.s.}$), jedoch bestanden hohe Zusammenhänge zwischen den Skalen emotionale Reaktion und Verslossenheit ($r = .49^{***}$)⁷ sowie zwischen den Skalen emotionale Reaktion und Mitteilsamkeit ($r = .52^{***}$).

⁷ Im weiteren Text werden statistische Signifikanzniveaus folgendermaßen angegeben: *** $p < .001$; ** $p < .01$, * $p < .05$; n.s. = nicht signifikant.

Zentrales Interesse nahm die Frage ein, ob sich die Befragten mit bzw. ohne posttraumatische Belastungsstörung durch die Disclosure-Fragebogenwerte voneinander unterscheiden. In der Tabelle sind die Gruppenunterschiede für die Werte des Fragebogens aufgeführt. Die Disclosurwerte unterschieden demnach die Gruppen hochsignifikant. Personen mit PTB hatten im Mittel im Gesamtwert und auch in allen Subskalen hochsignifikant höhere Werte als Personen ohne PTB.

Wie auch für die qualitativen Textvariablen, überprüften wir als Einflüsse das Geschlecht der Studienteilnehmer, die Deliktart und frühere Psychotherapierfahrungen. Für Geschlecht und Deliktart zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede (Geschlecht x Diagnose: $\chi^2 = 4.4^{n.s.}$, Deliktart x Diagnose: Fishers exakter χ^2 -Test^{n.s.}). Allerdings hatten Personen, die angaben, eine Psychotherapie gemacht zu haben, einen signifikant niedrigeren Disclosure-Gesamtwert als diejenigen ohne Psychotherapieerfahrung ($F = 15.8 (1,115)^{***}$). Dieser Wert lässt sich auf die signifikante Reduktion der Subskala emotionale Reaktion beim Erzählen bei den Personen, die eine Psychotherapie gemacht haben, zurückführen. Die Unterschiede in den Skalen Verslossenheit und Mitteilbarkeit zwischen denjenigen Personen, die eine Psychotherapie gemacht hatten oder nicht, waren nicht signifikant.

9.3.2 Ergebnisse der Textanalysen

Insgesamt erhielten wir von 81% aller Teilnehmerinnen einen schriftlichen Traumbericht. Diese Berichte umfassten zwischen 19 und 2292 Worte, im Durchschnitt waren sie 270 - 343 Worte lang, was ungefähr einer maschinengeschriebenen Seite entsprechen würde. Die Länge des Traumberichts stand in keinem systematischen Zusammenhang mit dem Geschlecht, der Deliktart sowie der PTB-Diagnose.⁸

⁸ Die genauen statistischen Angaben sind in einem ausführlichen Bericht bei der Erstautorin erhältlich.

Verglich man die Geschlechterproportion derjenigen, die einen schriftlichen Traumabericht abgegeben hatten, so zeigte sich, dass 90% der teilnehmenden Frauen ihr traumatisches Erlebnis in schriftlicher Form schilderten, aber nur 75% Männer; diese Differenz ist signifikant ($\chi^2 = 5.8^*$). Weitere Analysen zeigten, dass keine Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein eines Traumaberichts und soziodemographischen Angaben wie Bildungsgrad, Alter oder familiäre Situation bestanden.

Es bestand kein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines Traumaberichts und dem Vorliegen einer PTB-Diagnose. Allerdings hatten Personen, die ihr Trauma nicht in schriftlicher Form beschrieben hatten, ein signifikant höheres Vermeidungsverhalten ($M = 23.3$, $SD = 6.3$) als Personen, die einen Bericht abgegeben hatten ($M = 18.6$, $SD = 8.5$; $F = 6.7(1,149)^{**}$).

Die Wortanzahl des Berichts stand in Zusammenhang mit der Ratingvariable *schriftlicher emotionaler Ausdruck* ($r = .25^{**}$) aber nicht mit der Ratingvariable *Fragmentierung des Traumaberichts* ($r = .15^{n.s.}$).

Die Berichte der weiblichen Teilnehmerinnen unterscheiden sich durch einen durchschnittlich signifikant höheren *schriftlichen emotionalen Ausdruck* von denen der Männer $F = 21.4 (1,125)^{***}$. Ebenso zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen traumatischen Delikten: Personen, die Opfer krimineller Gewalt in Beziehungen geworden waren, hatten eine deutlich höheren *schriftlichen emotionalen Ausdrucksgrad*, wohingegen Personen, die eine reine Körperverletzung erlebt hatten, sich in ihren Berichten am geringsten emotional ausdrückten $F = 3.2 (4,122)^*$.

Entgegen unserer zentralen Annahme eines Unterschieds zwischen Personen mit und ohne PTB unterschieden sich die Ratingvariablen *schriftlicher emotionaler Ausdruck* und *Fragmentierung des Traumaberichts* nicht zwischen den Diagnosegruppen (siehe

Tabelle 8), d.h. auf der Ebene statistische Haupteffekte ist kein Zusammenhang zwischen PTB-Diagnose und diesen beiden Textmerkmalen anzufinden.

Die Beziehung zwischen den Textvariablen und den PTB-Diagnosewerten wurde abschließend geschlechtsspezifisch untersucht. Während sich nach wie vor keine Effekte für Frauen ergaben, hatten Männer mit einer PTB-Diagnose deutlich höhere Werte für den *schriftlichen emotionalen Ausdruck* ($M = .9$, $SD = .8$) als Männer ohne eine solche Diagnose ($M = 1.4$, $SD = .9$; $F = 5.1$ (1,44)*). Für die Ratingvariable *Fragmentierung des Traumaberichts* wurde auch bei dieser Analyse kein Zusammenhang mit dem Vorliegen einer PTB-Diagnose gefunden.

Tabelle 8: Gruppenvergleich der Fragebogen- und Textanalysewerte (Gesamtgruppe und Teilgruppe Männer)¹.

Variablen	Kriminalitätsoffer				Test ²
	ohne PTB		mit PTB		F
	M	SD	M	SD	
Fragebogen					
Verschwiegenheit	15.4	10.5	23.0	11.9	16.7***
Mitteilungsdrang	18.1	10.5	24.6	11.0	13.9***
Emotionale Reaktion	17.2	11.0	31.2	9.4	71.2***
Gesamtwert	50.7	23.9	78.9	19.5	62.9***
Textanalyse					
Wortanzahl	278.7	400.5	243.9	273.3	.3
Schriftl. emot. Ausdruck	1.4	.9	1.7	.9	3.0
Fragmentierung d. Berichts	1.0	.9	1.2	.7	2.3
Teilgruppe Männer					
Wortanzahl	280.7	515.0	300.9	403.9	.0
Schriftl. emot. Ausdruck	.9	.8	1.4	.9	5.1*
Fragmentierung d. Berichts	1.0	1.0	1.3	.7	1.1

*Anmerkungen.*¹ Die Tabelle wurde für die vorliegende Arbeit um die Angabe der F-Werte ergänzt.

²Die Gruppenunterschiede wurden mit einfaktoriellen Varianzanalysen berechnet. Fragebogen: $df = 1$, $N = 149$; Textanalyse : $df = 1$, $N = 120$; Teilgruppe Männer: $df = 1$, $N = 42$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p > .001$.

9.4 Diskussion

Über die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer erfüllte zum Zeitpunkt der Befragung die Kriterien einer PTB-Diagnose. Diese Rate ist deutlich höher als in anderen Studien mit Opfern vergleichbarer Traumata: Zum Beispiel erhielten in der Studie von Maercker und Schützwohl (1998) nur knapp ein Dritte die Diagnose einer PTB. Möglicherweise ist diese hohe Belastung durch PTB-Symptome durch den frühen Messzeitpunkt unserer Untersuchung zwischen 2 - 14 Monate ($M = 5.3$) nach dem Trauma erklärbar. In vielen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass zwar viele Personen nach einem Trauma das Vollbild einer PTB entwickeln, der Verlauf jedoch bei vielen nicht chronisch ist, sondern dass die Symptomatik nach einigen Monaten wieder spontan remittiert (Breslau & Davis, 1992; Freedman, Brandes, Peri & Shalev, 1999). Das heißt, je früher die PTB-Symptomatik nach einem Trauma untersucht wird, umso wahrscheinlicher ist es, mehr Betroffene mit hohen PTB-Werten zu finden. Weiterhin kann die hohe PTB-Belastung aber auch mit dem Trauma selbst erklärt werden. Der Begriff Kriminalitätsoffer ist sehr weit und umfasst neben eher kleineren Delikten wie z.B. Handtaschenraub auch schwere Körperverletzung. Möglicherweise haben besonders viele Studienteilnehmer der vorliegenden Untersuchung, im Vergleich mit Stichproben anderer Studien, schwerere Delikte erlebt.

Die Untersuchung hatte zum Ziel, das Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung mit Fragebogen und Textvariablen näher zu betrachten. Es zeigte sich, dass sich Gruppen mit und ohne PTB durch den Disclosure-Fragebogen unterscheiden ließen: Die Personen mit PTB berichteten in höherem Maße vom Offenlegen ihrer traumatischen Erfahrungen als die ohne PTB. Auf der Skalenebene des Fragebogens betrachtet zeigte sich, dass Personen mit PTB einen signifikant höheren Drang äußerten, anderen von ihrem Erlebnis zu berichten. Außerdem gaben sie auch signifikant häufiger an, ihre Erfahrungen bewusst zu zurückzuhalten und Gesprächen darüber aus dem Weg zu gehen. Weiterhin berichteten sie, während des Erzählens in wesentlich stärkerem Ausmaß e-

motional zu reagieren als Personen ohne PTB. Diese Ergebnisse zum Kommunikationsverhalten sind konsistent mit denen, die das Kommunikationsverhalten in anderen Traumagruppen mit dem gleichen Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen (Müller et al., 2000) untersuchten. Sowohl bei einer Stichprobe ehemals in der DDR politisch Inhaftierter (Müller et al., 2000) als auch bei einer Stichprobe von ca. 1000 amerikanischen College-Studenten (Elbert et al., 2001) bestätigten sich die drei Skalen des Fragebogens, Mitteilungsdrang, Verschlossenheit und emotionale Reaktion, in denen sich Personen mit und ohne PTB dahingehend voneinander unterschieden, dass diejenigen mit PTB auf allen drei Skalen signifikant höhere Werte aufwiesen als Personen ohne PTB.

Diese Ergebnisse sind überraschend, denn aufgrund der vorliegenden Befunde, war die Hypothese, dass Personen mit PTB ihre Erfahrungen eher verschweigen, während Personen ohne PTB eher zum Offenlegen ihrer Erfahrungen neigen. Den scheinbaren Widerspruch zwischen der Angabe, einerseits häufiger über die Erfahrungen zu schweigen, andererseits aber häufiger den Drang zu verspüren, darüber zu berichten, erklären wir mit der Tatsache, dass beide Verhaltensweisen potentielle Versuche sind, das Trauma zu bewältigen. Aus diesem Grund macht es Sinn, dass Personen mit PTB beides in wesentlich stärkerem Ausmaß einsetzen als unbelastete Personen. Die Befunde positiver Zusammenhänge zwischen den beiden Fragebogenskalen Mitteilsamkeit und Verschlossenheit mit der Skala emotionale Reaktion sind inhaltlich sinnvoll und unterstützen Pennebakers Hemmungstheorie (1982; 1995), die einen Zusammenhang zwischen der kognitiven Hemmung belastender Inhalte und physiologischen Reaktionen herstellte: Der hohe Mitteilungsdrang, bzw. das gezielte Unterdrücken der Erfahrungen demonstrieren die hohe Aktualität, die das Erlebnis bei den Betroffenen noch hat, weswegen sie stärker reagieren als Personen ohne Mitteilungsdrang/Verschlossenheit, deren Erinnerungen vollständig ins autobiographische Gedächtnis eingeordnet sind. Zudem kosten beide dieser Strategien Kraft ,

was das allgemeine Stressniveau hebt und posttraumatische Symptome wie Übererregung und Intrusionen fördern kann.

Bei der Analyse der schriftlichen Traumaberichte fiel zunächst auf, dass insgesamt mehr Frauen Traumaberichte verfassten als Männer. Dieses Ergebnis stand nicht im Zusammenhang mit einem sich im Fragebogen spiegelnden erhöhten Mitteilungsdrang bei Frauen. Möglicherweise ist er durch sozialstrukturelle Unterschiede zu erklären, z.B. dass mehr Männer als Frauen im Arbeitsprozess standen und sich deswegen weniger Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens nahmen. Bezüglich der weiteren soziodemographischen Variablen (Alter, Bildung etc.) und der PTB-Symptomatik bestanden jedoch keine Gruppenunterschiede. Die eingesandten Traumaberichte waren demzufolge nicht häufiger von Personen aus einer besonderen Altersgruppe oder Bildungsschicht verfasst worden.

Insgesamt drückten Frauen, unabhängig davon, ob sie die Diagnose einer PTB erfüllten oder nicht, in ihren Berichten deutlich stärker ihre Emotionen aus als Männer. Möglicherweise spiegeln sich darin kulturelle Aspekte bzw. Effekte der Sozialisation wieder, in der Frauen in Beziehungen eine höhere Emotionalität eingeräumt wird als Männern, wodurch diese einerseits mehr Übung im Ausdruck ihrer Emotionen haben, ihnen andererseits auch mehr Verständnis entgegengebracht wird, was das Verhalten möglicherweise weiter verstärkt.

Aufgrund des Befundes von Foa et al. (1995), die einen Anstieg der Emotionen in den Traumaberichten während einer PTB-Therapie beobachteten, vermuteten wir einen Unterschied im *schriftlichen emotionalen Ausdruck* zwischen Personen mit und ohne PTB. Diese Vermutung wurde nicht bestätigt. Eine geschlechtergetrennte Auswertung zeigte jedoch, dass Männer mit PTB im Mittel deutlich höhere Werte im *schriftlichen emotionalen Ausdruck* hatten als Männer ohne PTB, während bei den Frauen keine diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Teilnehmerinnen

mit und ohne PTB zu erkennen waren. Möglicherweise beeinflusst das Grundniveau des *schriftlichen emotionalen Ausdrucks* diese Ergebnisse: Ist das Niveau des *schriftlichen emotionalen Ausdrucks* generell niedrig, wie bei den Männern, so steigert sich das Ausmaß der Emotionalität im schriftlichen Ausdruck bei Belastung durch PTB. Eine sachliche Darstellung scheint nicht mehr möglich, da beim Erzählen intrusive und Angstsymptome auftreten, die Emotionen hervorrufen. Diese Effekte sind möglicherweise nicht oder nur in abgeschwächter Form vorhanden, wenn der *schriftliche emotionale Ausdruck* schon grundsätzlich ein hohes Niveau hat, wie bei der Gesamtstichprobe der Frauen, bei denen der von uns erfasste *schriftliche emotionale Ausdruck* der Erfahrungen gar nicht oder nur in geringem Maße mit der Symptomatik in Zusammenhang steht. Allerdings könnte sich in diesem Ergebnis auch das statistische Deckeneffekt-Problem widerspiegeln: Auf der nur 4-stufigen Skala erhalten viele Frauen den Höchstwert, wodurch Differenzierungen nicht mehr möglich sind und keine Unterschiede zwischen Frauen mit und ohne PTB erkennbar sind.

Wir verstehen unsere Ergebnisse, dass Personen mit und ohne PTB keine unterschiedlichen Niveaus im *schriftlichen emotionalen Ausdruck* zeigten, als Hinweis darauf, dass Personen untereinander nicht verglichen werden können, da sie wahrscheinlich sehr unterschiedliche Grundniveaus im schriftlichen emotionalen Ausdruck haben. Möglicherweise kamen diese unterschiedlichen Ergebnisse aber auch durch unterschiedliche Erhebungsmethoden zwischen unserer Studie (schriftliche Traumaberichte) und Foa et al. (1995), die mündliche Traumaschilderungen transkribiert hatten. Eine andere Erklärung wäre, dass nicht das Offenlegen der traumatischen Erfahrungen – in schriftlicher sowie in gesprochener Form – gesundheitsförderlich ist, sondern primär das Unterdrücken/Verschweigen ungünstig.

Bezüglich der Fragmentierung des Ausdrucks fanden sich weder direkte allgemeine Gruppenunterschiede zwischen Personen mit PTB noch durch Wechselwirkungen mit anderen Variablen beein-

flusste Effekte. Auch dieser Befund bestätigte unsere Hypothesen nicht, dass sich Personen mit und ohne PTB im Ausmaß der Fragmentierung ihrer Traumaberichte voneinander unterscheiden. Diese Hypothese beruhte auf der kognitiven Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von PTB von Foa und Kozak (1986), die vermuten, dass sich die kognitive Organisation in den Traumanarrativen wiederfindet.

Während die Fragebogenvariablen zum Kommunikationsverhalten in einem hohen Zusammenhang zur PTB-Symptomatik standen, wurden keine Zusammenhänge zwischen den Variablen der Textanalyse und der PTB-Symptomatik gefunden. Zwischen den Variablen des Disclosure-Fragebogens und denen der Textanalyse bestand ebenfalls kein Zusammenhang. Der intendierte Vergleich der beiden Erhebungsmethoden war demnach nicht möglich. Die Ergebnisse weisen möglicherweise aber darauf hin, dass es wichtig ist, zu unterscheiden, ob das Offenlegen der traumatischen Erfahrungen in schriftlicher oder mündlicher Form erfolgte, da verschiedene Effekte der beiden Disclosure-Arten möglich sind.

Zu unserer Studie ist kritisch anzumerken, dass die Erhebung der Traumaberichte wenig standardisiert verlief: Die Instruktion war auf ein Minimum beschränkt und die Teilnehmer waren frei, soviel zu schreiben und so viel Zeit zu verwenden wie sie wollten. Die Inhalte dieser nur gering instruierten Traumaberichte sind wahrscheinlich zusätzlich auch durch andere Einflüsse geprägt worden, wie zum Beispiel durch situative Faktoren, Persönlichkeits- und andere Kontextvariablen der Schreibsituation. Auch sind die von uns erstellten quantitativen Bewertungskategorien möglicherweise viel zu großschrittig, so dass kleine Effekte nicht erfasst wurden.

Im Vergleich zur anfangs zitierten Literatur ist anzumerken, dass sich sowohl die Datenerhebung als auch die Datenauswertung in den verschiedenen Studien sehr stark voneinander unterscheiden: Foa und Kollegen (Foa et al., 1995; 1999) gewannen die

von ihnen analysierten Traumaberichte, indem sie die Passagen der Therapie transkribierten, in denen die Patienten mit ihrem Trauma in sensu konfrontiert worden waren. Die Traumaberichte wurden demnach seitens des Therapeuten gelenkt und intensiviert, indem die Lebhaftigkeit der Vorstellung, die sich im Bericht widerspiegelt, therapeutisch gefördert und Details erfragt wurden. Hingegen ließ Pennebaker die von ihm untersuchten Personen in experimentellem Setting 20 Minuten lang über ein emotional belastendes Thema schreiben. Diese Berichte wurden per Computer ausgewertet. Die von uns erhobenen Traumaberichte unterscheiden sich darin grundlegend, da sie weder therapeutisch intensiviert noch an einen zeitlichen Rahmen oder eine Wortlänge gebunden waren. Da es uns weniger auf die Häufigkeit als auf die Intensität der interessierenden Dimensionen ankam, werteten die Daten nach Globalratings aus. Eine direkte Vergleichbarkeit der Befunde ist aus diesem Grund schwer möglich.

Es bleibt festzuhalten, dass die mit der Methode der Textanalyse gewonnenen Daten nicht zu annahmegemäßen Ergebnissen führten und deshalb auch nur schwer zu interpretieren sind. Ziel weiterer Untersuchungen könnte eine genauere Instruktion bestimmter Aspekte der zu erhebenden Traumaberichte sein sowie eine Erhebung der Häufigkeit, mit der spontane Berichte schon erzählt worden sind. Dadurch könnten auch die untersuchten Variablen in höherem Masse differenziert werden. Da aufgrund eines einzelnen Traumaberichts individuelle Unterschiede im Erzählstil nicht zu erkennen waren, lassen sich keine Schlussfolgerungen bezüglich der Emotionsspezifität der Traumaberichte ziehen. Aus diesem Grund wäre in weiteren Studien eine Analyse der Differenz zwischen dem Emotionsgehalt von Traumaberichten und dem neutraler Berichte bei untersuchten traumatisierten Personen sehr interessant. Durch einen solchen Vergleich könnte einerseits herausgefunden werden, ob sich schon das Ausmaß der Emotionalität in neutralen Texten interindividuell unterscheidet. Andererseits könnten intraindividuelle Unterschiede beim Vergleich des schriftlichen emotionalen Ausdrucks des neutralen Textes mit dem

Traumabericht festgestellt werden. Eine Kopplung von intra- und interindividuellen Vergleichen von Berichten über traumatische und andere Erlebnisse könnte bei der Beantwortung der Frage weiterhelfen, unter welchen Bedingungen das Kommunizieren über ein erlebtes Trauma für die Betroffenen hilfreich ist.

10. Diskussion

10.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit Befunden in der Literatur

Ziel der vorliegenden Studie war die Untersuchung des Einflusses interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Bewältigung traumatischer Erfahrungen bzw. auf die Entstehung und Aufrechterhaltung Posttraumatischer Belastungsstörungen.

Die Bedeutung interpersoneller und soziokognitiver Faktoren wurde aus klinischer Erfahrung und Befunden in der Forschungsliteratur abgeleitet. Dabei schienen neben dem Kommunikationsverhalten gesellschaftlichen Aufmerksamkeitsprozessen besondere Wichtigkeit zuzukommen. Als Variable des Kommunikationsverhaltens wurde aus diesem Grund das „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ für den deutschen Sprachraum neu operationalisiert. Das Konstrukt war bisher vor allem im sozialpsychologischen Kontext an gesunden Stichproben erforscht worden, wobei insbesondere sein Einfluss auf die Verbesserung körperlicher Parameter von Interesse war (Pennebaker et al., 1988; Pennebaker et al., 1989). Zur Erfassung gesellschaftlicher Aufmerksamkeitsprozesse wurde die „Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“, deren Einfluss auf die Traumabewältigung noch nicht systematisch untersucht worden war, neu konzeptualisiert und operationalisiert. Bisher waren eher direkte soziale Interaktionsprozesse, wie zum Beispiel die soziale Unterstützung, erfasst worden. Für die Wichtigkeit der allgemeinen gesellschaftlichen Haltung bei der Bewältigung von Traumaerfahrungen sprechen jedoch vereinzelte Befunde zur Heimkehr von Kriegsveteranen (Fontana & Rosenheck, 1994; Solomon et al., 1989).

Die beiden Variablen Offenlegen traumatischer Erfahrungen und Gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer lassen sich in das Rahmenmodell von Maercker (2003) einordnen. In diesem Modell wird zwischen Faktoren, welche die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTB begünstigen und sogenannten Schutz- und

gesundheitsfördernden Faktoren unterschieden. Es wurde angenommen, dass das Offenlegen traumatischer Erfahrungen und eine anerkennende Haltung dem Traumaopfer gegenüber durch die Gesellschaft förderlich für die Bewältigung von Traumaerfahrungen sind.

Zur Überprüfung des Einflusses interpersoneller und sozio-kognitiver Faktoren auf die Traumabewältigung wurden adäquate Erhebungsinstrumente benötigt. Die Entwicklung zweier Fragebögen zu den intendierten Konstrukten war deswegen ein wichtiges Forschungsziel (Maercker & Müller, 2002; Müller et al., 2000, s. Kap. 7). Die erste Fragestellung vorliegender Arbeit war dementsprechend, ob es möglich ist, psychometrisch ein zufriedenstellendes Instrument zum „Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ rational zu konstruieren. Die Erstellung und Validierung des Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung ist nicht Teil der Arbeit, sondern detailliert bei Maercker und Müller (2002) beschrieben. Das Vorgehen bei der Konstruktion beider Fragebögen ist jedoch gleich. Nach Reduktion der Itempools beider Konstrukte durch Expertenratings, wurden die Skalen einer Stichprobe ehemals politischer Inhaftierter in der DDR ($N = 178$) zur Evaluierung der Reliabilität, Validität und Faktorstruktur vorgelegt. Eine Teilgruppe wurde nach einem bis drei Monaten wiederholt untersucht. Die Teilnehmer waren nicht in klinischen Einrichtungen rekrutiert worden, sondern mittels Zeitungsannoncen und über das Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung an der TU Dresden. Da sie zudem kein Behandlungsanliegen hatten, ist die Stichprobe nicht als klinische sondern, als Risikostichprobe zu bezeichnen. Zwei Drittel der Untersuchungsteilnehmer waren während der Honecker-Ära inhaftiert, knapp ein Drittel in der Ulbricht-Ära. Alle waren nach der politischen Wende von 1989 rehabilitiert worden. Die durchschnittliche Haftdauer betrug 27 Monate ($SD = 29.3$). Im Durchschnitt wurden die Untersuchungsteilnehmer vor 24.6 Jahren ($SD = 9.7$; Range = 3.0 – 49.0) haftentlassen. Bei 34.8% gab es Hinweise auf das Vorliegen einer PTB-Diagnose zum Zeitpunkt der Befragung. Damit lag die Belastung durch PTB-Symptome

höher als bei den von Maercker und Schützwohl (1998) untersuchten ehemals politisch Inhaftierten.

Für beide Fragebögen wurden dreifaktorielle Modelle gefunden, die durch konfirmatorische Faktorenanalysen mit einer unabhängigen Stichprobe repliziert wurden. Die Skalenkennwerte sowohl der drei Subskalen des Disclosure-Fragebogens – Mitteilungsdrang, Verschwiegenheit und Emotionale Reaktion beim Erzählen/Verschweigen – als auch des Gesamtwertes sind zufriedenstellend. Damit scheint es gelungen, einen Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen zu konstruieren, mit dem das intendierte Konstrukt differenziert und mit akzeptabler psychometrischer Qualität erfasst werden kann. Bisher lag keine psychometrisch konstruierte Selbstbeurteilungsskala zu diesem Konstrukt vor. Zudem sind die Anwendung und Auswertung der bislang eingesetzten qualitativen Erfassungsmethoden sehr aufwändig. Vor diesem Hintergrund wird die Möglichkeit, das Offenlegen traumatischer Erfahrungen mithilfe eines Fragebogens zu messen, als wichtiger Schritt in der weiteren Disclosure-Forschung betrachtet.

Auch die Ergebnisse zum Fragebogen zur wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung sind vielversprechend. Die drei Subskalen Anerkennung als Opfer, Generelles Unverständnis und Familiäres Unverständnis sowie die Summenskala zeigen zufriedenstellende psychometrische Kennwerte. Der Fragebogen erfasst erstmalig soziale Prozesse, die sich nicht ausschließlich auf das engere soziale Umfeld beziehen, sondern auch die weitere Umgebung der Betroffenen berücksichtigen.

Zur Beantwortung der Fragen zum Einfluss interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Traumabewältigung wurden 151 Kriminalitätsoffer untersucht. Die meisten Studienteilnehmer waren über die Opferhilfeorganisation „WEISSER RING“ rekrutiert worden. Wie die Stichprobe ehemals politisch Inhaftierter, war diese Stichprobe eine Risikostichprobe. Zusätzlich zu den neu entwickelten Erhebungsinstrumenten und Listen zur Erhebung der

soziodemographischen Daten und Merkmalen des Traumas wurden Skalen zur Erfassung der PTB-Belastung, der allgemeinen Psychopathologie und des Gesundheitszustandes eingesetzt. Außerdem wurden die posttraumatischen kognitiven Veränderungen, die soziale Unterstützung und ein etwa einseitiger schriftlicher Bericht über das Delikt sowie die darauf bezogenen Gefühle und Gedanken erhoben. Zum Zeitpunkt der Befragung lag die Traumatisierung der Teilnehmer durchschnittlich 5.3 Monate zurück. Über die Hälfte der Taten beinhaltete körperliche Gewalt durch den Täter. Die Untersuchten waren zum Zeitpunkt der Befragung stark durch PTB-Symptome belastet. Über die Hälfte (54%) hatte Anzeichen einer PTB-Diagnose.

10.1.1 Offenlegen traumatischer Erfahrungen

Die zweite Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezog sich auf den Zusammenhang zwischen dem Offenlegen der traumatischen Erfahrungen und der PTB-Symptomatik, der allgemeinen Psychopathologie sowie dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden. Trotz uneinheitlicher Befunde in der Literatur (Esterling et al., 1999; Gidron et al., 1996; Pennebaker et al., 1988) war ein komplementärer Zusammenhang zwischen dem Offenlegen im Alltag und der Belastung (PTB-Symptomatik, allgemeine Psychopathologie und subjektiver Gesundheitszustand) angenommen worden.

Das Mitteilungsbedürfnis der befragten Kriminalitätsoffer und ihre Verschwiegenheit über die Traumaerfahrungen waren voneinander unabhängig. Dies stimmt mit den Befunden von Larson und Chastain (1990) überein, die herausfanden, dass die grundsätzlichen Verhaltenstendenzen, persönliche Informationen offenzulegen beziehungsweise zu verheimlichen, bei den von ihnen untersuchten Beschäftigten im Gesundheitsdienst und Studenten voneinander unabhängig waren.

Wie vermutet, bestanden sowohl in der Stichprobe der ehemals politisch Inhaftierten als auch in der Kriminalitätsofferstichprobe

hohe positive Zusammenhänge zwischen dem Offenlegen traumatischer Erfahrungen und der Belastung durch PTB-Symptome. Allerdings war nur ein Teil der Ergebnisse hypothesenkonform. Die Vermutung, dass Personen mit PTB-Symptomen ihre Erfahrungen vermehrt verschweigen und beim Erzählen bzw. Verschweigen auch deutlich emotionaler reagieren, wurde bestätigt. Der Befund ist konsistent mit dem von Larson und Chastain (1990), in deren Studie die Tendenz, negative Erfahrungen zu verheimlichen, signifikant mit physischen und psychologischen Symptomen korreliert war und zusätzliche Varianz zu Traumaschwere, einmaligem Offenlegen des Traumas, sozialer Unterstützung, Variablen des sozialen Netzwerks und genereller Disclosure-Tendenz aufklärte.

Nicht hypothesenkonform war hingegen, dass bei den untersuchten Kriminalitätsoptionen ein umso größeres Mitteilungsbedürfnis bestand, je ausgeprägter die PTB-Symptomatik war. Aufgrund der vielen Studien, in denen die gesundheitsfördernde Disclosure-Wirkung in nichtklinischen Stichproben gezeigt worden war (z.B. Esterling et al., 1999; Lepore & Greenberg, 2002; Pennebaker & Francis, 1996), war vermutet worden, dass die PTB-Symptome bei Personen, die ihre Erfahrungen offen legen, geringer ausgeprägt sind. Allerdings waren die Ergebnisse gesteigerten Mitteilungsbedürfnisses bei Vorhandensein von PTB-Symptomatik konsistent mit Befunden aus Studien mit ehemals politisch Inhaftierten (Kap. 7) und mit amerikanischen Studenten (Elbert et al., 2001), die ebenfalls den „Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen“ eingesetzt hatten. Auch der Befund von Nolen-Hoeksema und Davis (1999) weist in die gleiche Richtung: Verglichen mit wenig belasteten verwitweten Personen suchten emotional stark belastete Personen mehr Unterstützung und hatten ein größeres Mitteilungsbedürfnis.

Möglicherweise ist das Ergebnis so zu erklären, dass stark belastete Personen – im Gegensatz zu unbelasteten Personen – nach Bewältigungsstrategien suchen. Als solche stellen sich ihnen so-

wohl das Verschweigen, im Sinne von Vermeiden, als auch vermehrtes Mitteilen der traumatischen Erfahrungen dar. Personen, denen eine schnelle Integration der traumatischen Erfahrung gelingt, werden, im Gegensatz dazu, wahrscheinlich viel weniger stark das Bedürfnis haben, über das Trauma zu reden. Die erfolgreiche Verarbeitung gelingt ihnen auch ohne das Offenlegen ihrer Erfahrungen. Dass sie weniger über das Trauma sprechen, liegt vermutlich nicht daran, dass sie ihre Erfahrungen gezielt verschweigen wollen, sondern dass sie ein deutlich geringeres Bedürfnis haben, ihre Erfahrung mitzuteilen. Es ist jedoch durchaus denkbar, dass Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr stark belastet waren und ein geringes Mitteilungsbedürfnis sowie wenig emotionale Reaktionen angaben, ihre Erlebnisse zur Traumabewältigung in der Vergangenheit sehr häufig und emotional geschildert haben. Da der Fragebogen sich jedoch lediglich auf das gegenwärtig Kommunikationsverhalten bezieht, werden früher eingesetzte Strategien bzw. das frühere Mitteilungsbedürfnis der Befragten gar nicht erfasst. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss außerdem berücksichtigt werden, dass mit dem Fragebogen lediglich subjektive Einschätzungen über das Kommunikationsverhalten erhoben werden. Möglicherweise sprachen auch unbelastete Personen zum Zeitpunkt der Befragung viel über ihre Erfahrungen, ordneten sich aber auf der Skala anders ein als stark belastete Personen, weil das Erzählen bei ihnen nicht mit starker emotionaler Belastung einherging. Ein weiterer möglicher Moderator des Disclosure-Effekts könnte die Häufigkeit sein, mit der die befragten Traumaopfer ihre Erfahrungen bereits offengelegt hatten. Es wäre plausibel, dass das Mitteilungsbedürfnis und die Disclosure-Effekte schwächer werden, je mehr die Person ihre Erfahrungen als Teil alltäglicher Interaktionen schon offengelegt hat. Allerdings spricht der Befund von Stroebe und Kollegen (2002) gegen diese Hypothese: Personen, deren Partner sich umgebracht hatten, litten weniger unter Intrusionen und suchten seltener einen Arzt auf, wenn sie ihre Erfahrungen selten mitteilten. Ebenso spricht das Ergebnis vorliegender Studie, dass Personen

mit PTB-Symptomatik einen stärkeren Mitteilungsdrangs angeben, nicht für diese Vermutung.

Ebenfalls erwartungsgemäß zeigten sich positive Zusammenhänge des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen mit der allgemeinen Psychopathologie sowie negative Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit. Die mittleren Zusammenhänge zwischen dem offenen Erzählen der Traumataerfahrungen und den posttraumatisch veränderten Kognitionen wiesen darauf hin, dass die beiden Konstrukte zu einem guten Teil voneinander unabhängig sind. Es erschien sinnvoll, dass Personen, die sich Selbstvorwürfe machten und negative Gedanken über sich selbst und die Welt hatten, zum Verschweigen ihrer traumatischen Erfahrungen und zu starken emotionalen Reaktionen beim Verschweigen bzw. Erzählen der Erfahrungen neigten. Der von den Untersuchungsteilnehmern geäußerte Mitteilungsdrang stand nur in geringem Zusammenhang mit den negativen Kognitionen über die Welt und in keinem Zusammenhang mit den Selbstvorwürfen. Möglicherweise wurde dieses Ergebnis durch Emotionen beeinflusst, welche die PTB häufig begleiten. Emotionen wie Scham, Wut oder dem Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, können möglicherweise zu unterschiedlichem Verhalten führen. Zum Beispiel führt Scham eventuell zu vermehrtem Rückzug wohingegen das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen eher ein gesteigertes Mitteilungsbedürfnis auslöst. Diese Annahme wird durch die Befunde vermehrten Ärgers über die Umwelt und gesteigerten Ärgerausdrucks bei ehemals politisch Inhaftierten (Schützwohl & Maercker, 2000) und bei weiblichen Opfern krimineller Übergriffe (Feeny, Zoellner & Foa, 2000) gestützt. Da im Rahmen der Untersuchung jedoch keine Emotionen erhoben wurden, können darüber keine Aussagen gemacht werden. Erwartungsgemäß waren die Zusammenhänge zwischen der Verschwiegenheit und der sozialen Unterstützung negativ. Dies kann möglicherweise damit begründet werden, dass die soziale Umwelt die Hilfsbedürftigkeit des Traumaopfers nicht erkennt. Ein vergleichbarer Befund zur sozialen Unterstützung depressiver Pa-

tienten liegt von Winer und Kollegen (1981) vor. Andererseits ist auch das Entstehen eines Teufelskreises denkbar: Nimmt ein Traumaopfer von seiner Umwelt keine positiven Reaktionen wahr – nach Pennebaker und Harber (1993) möglicherweise aufgrund des Bedürfnisses der Umwelt, sich selbst vor negativen, durch das Zuhören ausgelösten, Emotionen zu schützen – dann neigt es zu vermehrtem Rückzug und Verschweigen seiner Erfahrungen.

Insgesamt sind die Befunde uneinheitlich, und die Wirkung vom Offenlegen traumatischer Erfahrungen ist nach wie vor nicht vollständig bekannt. Die Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass eine genauere Differenzierung zwischen den verschiedenen Disclosure-Formen nötig ist sowie eine Berücksichtigung, ob der Stressor lediglich belastender oder traumatischer Natur ist. In Kapitel 10.2.1 werden Überlegungen zu den verschiedenen Disclosure-Befunden angestellt und offene Fragen skizziert.

10.1.2 Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer

Weiter wurde untersucht, ob eine positiv wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer mit einer geringeren PTB-Symptombelastung assoziiert ist.

Erwartungsgemäß war das Erleben von Anerkennung negativ mit der PTB-Symptomatik und der allgemeinen Psychopathologie sowie positiv mit der subjektiven Gesundheit assoziiert. Auch die Vermutung positiver Zusammenhänge des generellen und familiären Unverständnisses mit der PTB-Belastung und der allgemeinen Psychopathologie bzw. negativer Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit bestätigten sich. Allerdings waren die Zusammenhänge zwischen dem familiären Unverständnis und den Psychopathologiemmaßen gering. Dies ist gegenläufig zu den Ergebnissen von Studien mit heimkehrenden Kriegsveteranen, bei denen die Wahrnehmung fehlender familiärer Unterstützung der stärkste PTB-Prädiktor war (Frye & Stockton, 1982) beziehungsweise wesentlichen Einfluss auf die Ausbildung verzögerter PTB

hatte (Solomon et al., 1991). Möglicherweise demonstriert das Ergebnis geringer Zusammenhänge zwischen familiärem Unverständnis und Psychopathologie eine ambivalente Haltung der Familienmitglieder ihren Angehörigen gegenüber, wie sie zum Beispiel von Dakof und Taylor (1990) beschrieben wurde. Die Autoren fanden heraus, dass die von ihnen untersuchten Krebspatienten zwar die meisten hilfreichen aber auch viele nichthilfreiche Reaktionen von ihren Ehepartnern und Familienangehörigen wahrnahmen. Möglicherweise ist der Fokus der Betroffenen im familiären Rahmen aufgrund intensiven Kontakts zusätzlich weniger stark auf das Unverständnis gerichtet. Eine andere Möglichkeit ist, dass Drittvariablen, wie unterschiedliche familiäre Kontexte oder die unterschiedlichen Traumata (aktive Kriegsteilnahme vs. Kriminalitätsoffer), die Ergebnisse maßgeblich beeinflusst haben. Zur Interpretation der Ergebnisse wären deswegen in weiteren Untersuchungen der Einbezug von Opfern anderer Traumata sowie die sehr genaue Erhebung der familiären Bedingungen hilfreich. Grundsätzlich muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden, dass die Skala die subjektiv wahrgenommene und nicht die tatsächlich vorhandene gesellschaftliche Wertschätzung erfasst. Es kann also gut sein, dass ein Opfer sich missverstanden und nicht wertgeschätzt fühlt, obwohl sein soziales Umfeld sehr vorsichtig mit ihm umgeht. Aufgrund der retrospektiven Datenerhebung können keine Aussagen über das prätraumatische Netzwerk der Betroffenen gemacht werden.

Erwartungsgemäß waren die beiden Konzepte wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung und soziale Unterstützung nicht redundant. Zwischen ihnen bestand lediglich ein mittlerer Zusammenhang. Gesellschaftliche Wertschätzung war mit der Verschwiegenheit des Disclosure-Fragebogens negativ assoziiert, aber nicht mit dem Mitteilungsbedürfnis. Das heisst, dass Personen, die sich nicht wertgeschätzt fühlten, zum Verschweigen ihrer Erfahrungen tendierten, wobei ihr grundlegendes Mitteilungsbedürfnis jedoch unverändert blieb.

10.1.3 Prädiktion der PTB durch interpersonelle und soziokognitive Variablen

Die vierte Fragestellung bezog sich darauf, inwiefern die beiden untersuchten interpersonellen und soziokognitiven Variablen zusätzlich zu bereits häufig untersuchten „Basisvariablen“ und kognitiven posttraumatischen Veränderungen Varianz der PTB-Symptomatik, der allgemeinen Psychopathologie und des Gesundheitszustands aufklären.

Hypothesenkonform hatten die beiden Variablen zusätzlichen Erklärungswert für die Maße der Psychopathologie. Durch den Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen wurden für alle Pathologiemasse und für den subjektiven Gesundheitszustand signifikante Varianzzuwächse verzeichnet. Die posttraumatischen kognitiven Veränderungen verloren sogar ihre Vorhersagekraft für die PTB-Symptomatik, wenn das Offenlegen traumatischer Erfahrungen einbezogen wurde. Dieses Ergebnis beurteile ich als sehr wesentlich, denn die posttraumatischen kognitiven Veränderungen, die in direktem Bezug zu Symptomen der PTB stehen, wurden häufig als varianzstärkster PTB-Prädiktor bestätigt (Dunmore et al., 2001; Ehlers et al., 2000). Als wichtigsten Befund werte ich die hohe Bedeutung, die der emotionalen Reaktion beim Mitteilen bzw. Verschweigen des traumatischen Ereignisses zukam. Das Ergebnis ist konsistent mit der theoretischen Annahme grundsätzlich gesteigerter negativer Emotionalität bei Personen mit PTB aufgrund exzessiver negativer Einschätzungen des Traumas und/oder seines Verlaufs (Ehlers & Steil, 1995). Es steht weiterhin in Einklang mit den im kognitiven Modell von Ehlers und Clark (1999) vermuteten Prozessen der Traumaverarbeitung. In bisherigen Untersuchungen waren die emotionalen Komponenten während des Offenlegens bzw. Verschweigens bei der Vorhersage der Psychopathologie und des Gesundheitszustands nicht berücksichtigt worden. Aus diesem Grund stellt dieses Ergebnis eine wichtige Erweiterung des Disclosure-Konzeptes dar.

Das Konzept der gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer hatte demgegenüber nur zusätzlichen prädiktiven Wert für die PTB-Symptomkomplexe Intrusionen und das Hyperarousal sowie für die allgemeine Psychopathologie. Wie erwartet, klärte es als spezifischeres Konzept jedoch mehr Varianz auf als die wahrgenommene soziale Unterstützung. Die gesteigerte Varianzaufklärung war primär auf die prädiktiven Eigenschaften des generellen Unverständnisses zurückzuführen. Es zeigte sich, dass weniger das Vorhandensein von Anerkennung förderlich für die Traumabewältigung war, als dass das Fehlen von Anerkennung und Unverständnis belastend wirkte. Dieser Befund ist vergleichbar mit Ergebnissen in der Literatur, in denen das Fehlen sozialer Unterstützung wichtigerer Prädiktor für das Wohlbefinden war als das Vorhandensein sozialer Unterstützung (Manne, Taylor, Dougherty & Kemeny, 1997; Rook, 1984; Sherman, 2003).

10.1.4 Textanalyse

Mittels Textanalyse sollte die fünfte Fragestellung untersucht werden, ob in einmaligen schriftlichen Traumaberichten Unterschiede zwischen Personen mit und ohne PTB erkennbar sind. Aufgrund des Befundes von Foa et al. (1995) wurden bei Personen ohne PTB flüssige und unfragmentierte Traumaberichte mit höherem emotionalem schriftlichen Ausdruck vermutet als bei Personen mit PTB-Symptomatik.

Die Hypothesen wurden nicht bestätigt. In der Gesamtgruppe bestanden zwischen Personen mit und ohne PTB weder Unterschiede im schriftlichen emotionalen Ausdruck noch in der Fragmentierung der Berichte. Der Befund ist konsistent mit den Befunden von Minnen, Wessel, Dijkstra und Roelofs (2002), die versuchten, die Studie von Foa et al. (1995) zu replizieren. Entgegen der Befunde von Foa et al. (1995) fanden die Autoren weder eine Abnahme der Fragmentierung noch eine Zunahme der organisierten Gedanken bei Patienten, deren PTB-Symptome sich durch die Traumatherapie verbessert hatten. Außerdem unterschieden sich die Traumaberichte von Patienten, deren PTB-Symptomatik sich

durch die Therapie verbessert hatte und Patienten, deren Symptomatik sich nicht verbessert hatte, nicht. Allerdings ist die Aussagekraft dieser Studie aufgrund der geringen Probandenzahl ($N = 20$) eingeschränkt.

Erst in der geschlechtergetrennten Auswertung zeigten sich in vorliegender Studie Unterschiede zwischen Personen mit und ohne PTB, die jedoch entgegen der Hypothesen waren. Die Traumberichte der Männer mit PTB waren deutlich *emotionaler* als die der Männer ohne PTB. Der Befund ist plausibel, wenn man davon ausgeht, dass Personen, die das Trauma nicht adäquat verarbeitet haben, beim Erinnern stärker belastet sind als unbelastete Personen. Er widerspricht jedoch den Befunden von Foa et al. (1995), die eine hohe Emotionalität der Berichte erst bei gelungener Traumaverarbeitung fanden. Die in vorliegender Studie untersuchten Frauen drückten sich in ihren Berichten generell stärker emotional aus als die an der Studie teilnehmenden Männer. Viele von ihnen erreichten den Höchstwert der Skala, weswegen vermutlich statistische Deckeneffekte Differenzierungen verunmöglichten. Auch der Befund, dass zwischen Personen mit und ohne PTB weder Gruppenunterschiede noch Wechselwirkungen mit anderen Variablen bestanden, war nicht hypothesenkonform. Dass in der Gesamtgruppe zwischen Personen mit und ohne PTB keine Unterschiede im schriftlichen emotionalen Ausdruck und der Fragmentierung des Textes gefunden wurden, könnte auch als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die Traumberichte verschiedener Personen nicht miteinander verglichen werden können. Vermutlich sind die Grundniveaus des schriftlichen emotionalen Ausdrucks und der Textstruktur individuell sehr unterschiedlich. Zum Beispiel scheint das Geschlecht beim Offenlegen belastender und traumatischer Erfahrungen eine Rolle zu spielen: Die Ergebnisse der Metaanalyse von Dindia und Allen (1992) deuten darauf hin, dass Frauen zwar ihre Erfahrungen im Allgemeinen mehr offen legen als Männer, wobei sich in der Metaanalyse von Smyth (1998) zeigte, dass Männer insgesamt intensiver auf experimentelles Disclosure zu reagieren scheinen.

Auch die Ergebnisse von Gray und Lombardo (2001), dass sich die Traumaberichte der von ihnen untersuchten Studenten mit und ohne PTB nicht unterschieden, wenn kognitive Fähigkeiten und Fähigkeiten im schriftlichen Ausdruck kontrolliert wurden, deuten in diese Richtung. Dies könnte auch die unterschiedlichen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung und der von Foa und Kollegen (1995) erklären. Die Aussagen von Foa et al. (1995) beruhten auf dem intraindividuellen Vergleich transkribierter mündlicher Traumaschilderungen innerhalb der jeweils ersten und letzten verhaltenstherapeutischen Traumaexposition. Demgegenüber wurden in der hier vorgestellten Studie einmalige schriftliche Traumaberichte interindividuell verglichen. Als weiteres Zeichen dafür, dass die Unterscheidung der verschiedenen Formen des Offenlegens traumatischer Erfahrungen wesentlich für die Interpretation der Ergebnisse ist, wurde gewertet, dass zwischen dem Fragebogen zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen und den Variablen der Textanalyse kein Zusammenhang bestand.

10.2 Diskussion der Befunde in Hinblick auf die Forschungsliteratur und offene Fragen

10.2.1 Offenlegen traumatischer Erfahrungen

Landläufig ist die Ansicht weit verbreitet, dass „darüber reden“ hilft, belastende Erfahrungen zu verarbeiten. Tatsächlich ist dies auch eine weit verbreitete Strategie: Forschungsbefunde belegen, dass 90% einer Stichprobe aus der Normalbevölkerung belastende Lebenserfahrungen mindestens einer anderen Person mitgeteilt hatten (Rimé et al., 1991). Auch Traumaopfer empfinden es häufig hilfreich, ihre Erfahrungen mitzuteilen. Fontana und Rosenheck (1997) nehmen an, dass Traumaopfer hoffen, dadurch bestätigt zu werden, dass sie das Trauma richtig beurteilen und sie sich während des Traumas richtig verhielten. In vielen Studien wurde die gesundheitsfördernde Wirkung von Schreiben über *belastende Erfahrungen* tatsächlich bestätigt (Pennebaker et al., 1988; Pennebaker & Francis, 1996; Spera et al., 1994). Demgegenüber stehen jedoch Befunde ungünstiger Auswirkungen des Offenlegens *traumatischer Erfahrungen* (Angel et al., 2000; Gidron et al., 1996; Stroebe et al., 2002). Auch dass Personen mit PTB in vorliegender Untersuchung einen höheren Mitteilungsdrang aufwiesen als jene ohne PTB, spricht eher gegen eine gesundheitsfördernde Wirkung des Offenlegens.

Als Erklärung für diese unterschiedlichen Ergebnisse wäre denkbar, dass das Offenlegen belastender und traumatischer Erfahrungen emotionale Anforderungen erfordert. Möglicherweise haben stark belastete Personen mit klinisch signifikanten Problemen nicht die nötigen Kapazitäten, diesen Anforderungen gerecht zu werden, weswegen sie nicht vom Offenlegen profitieren. Unter Umständen spielen aber auch Unterschiede zwischen den Ereignissen eine Rolle für diese widersprüchlichen Ergebnisse. Dem könnte zugrunde liegen, dass durch belastende Ereignisse die kognitiven Strukturen und psychobiologischen Prozesse nicht verändert werden, und die Erinnerungen deswegen in das auto-

biographische Gedächtnis übernommen werden können. In diesem Fall ist durch das einfache Offenlegen belastender Ereignisse weitere Verarbeitung möglich, was emotionale Entlastung und Gesundheitsverbesserungen zur Folge hat. Im Gegensatz dazu sind für traumatische Erfahrungen veränderte kognitive Strukturen (Furchtstrukturmodell von Foa & Kozak, 1986; kognitives Modell von Ehlers & Clark, 1999) charakteristisch. Diese sind schwer zugänglich und korrigierbar. Möglicherweise ist die kognitive und emotionale Aktivierung beim nichttherapeutischen Offenlegen traumatischer Erfahrungen nicht notwendigerweise ausreichend, um eine gesundheitsfördernde kognitive Neustrukturierung zu bewirken. Neben qualitativen Merkmalen könnten auch zeitliche Aspekte eine Rolle für das Nichtausreichen nichttherapeutischen Disclosures bei Personen mit PTB spielen. Es wurde vermutet, dass die bisher in Schreibexperimenten verwendete Schreibzeit von 15 - 20 Minuten an 3 - 4 aufeinanderfolgenden Tagen möglicherweise für Traumatisierte nicht ausreicht (Batten et al., 2002; Gidron et al., 1996). Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen psychobiologischer Tests, wonach Personen mit PTB bei Konfrontation mit traumabezogenem Material eine erhöhte *arousal response* sowie verzögerte Reaktionszeiten und langsamere Habituation aufweisen (Shalev & Rogel-Fuchs, 1993).

Verschiedene Autoren vermuteten, dass die Intensität des alleinigen Offenlegens traumatischer Erfahrungen nicht zur gesundheitsfördernden kognitiven Neustrukturierung ausreicht, sondern zusätzlich korrekatives Feedback notwendig ist (Resick & Schnicke, 1992; Sharsky, 1997). Möglicherweise wirken sich beim mündlichen Offenlegen neben der verbesserten Strukturierung zusätzlich soziale Interaktionsprozesse, wie die Wahrnehmung sozialer Unterstützung und Wertschätzung, günstig auf die Befindlichkeit aus. Dies würde die unterschiedlichen Ergebnisse erklären, die mündliches Disclosure traumatischer Erfahrungen im Rahmen therapeutischer Interventionen (Foa et al., 1995) und im Alltag (Lepore et al., 1996; Routbort 1998) als gesundheitsfördernd auszeichneten, im Gegensatz zu den eher ungünstigen

Disclosure-Befunden nach Schreibinterventionen (Brown & Heimberg, 2001; Gidron et al., 1996).

Neben der Frage, ob und in wie sich Disclosure auswirkt ist bisher auch unbekannt, welche Prozesse der Wirkung zugrunde liegen. Unklar ist zum Beispiel, ob das Verschweigen bzw. Verheimlichen der Erfahrungen den Einsatz adäquater, aktiver problembezogener Bewältigungsstrategien verhindert. Oder ob ungünstige Auswirkungen des Schweigens, wie Larson und Chastain (1990) vermuteten, auf der ungenügenden Aktivierung sozialer Unterstützung, dem Fehlen von Vergleichswerten und Normalisierung der Schwierigkeiten durch andere beruhen. Keine der bisherigen Vermutungen zu diesen Prozessen (z.B. Larson & Chastain, 1990; Pennebaker, 1993^b; Tait & Silver, 1989) wurde durchgehend bestätigt. Außerdem ist weder für klinische noch für nicht-klinische Stichproben geklärt, ob Disclosure in der Lage ist, neben körperlichen Parametern auch das körperliche und psychische Wohlbefinden bzw. psychopathologische Symptomatik oder körperliche Erkrankungen günstig zu beeinflussen.

In Anbetracht der uneinheitlichen Ergebnisse werden in der Disclosure-Forschung seit kurzem auch Überlegungen zum Einfluss persönlicher Eigenschaften und grundlegender Verhaltenstendenzen der offenlegenden Person angestellt (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Smyth, Anderson, Hockemeyer & Stone, 2002). Zum Beispiel wurde in einer Studie der Einfluss der Persönlichkeitsvariablen „Offenlegungstendenz“ (*expressiveness*) bei Patienten mit Asthma und chronischer Arthritis auf die Bewältigung des belastendsten Lebensereignisses untersucht (Smyth et al., 2002). Wie erwartet unterschieden sich dabei Personen, die zum kognitiven Vermeiden und Verheimlichen ihrer Erfahrungen neigten (*non-expressiveness*) nicht von Personen, die wichtige persönliche Themen grundsätzlich anderen mitteilten. Verschwiegenheit als Charaktereigenschaft sagte weder die Form der Traumaberichte noch die Reaktion auf die Schreibintervention vorher. Die Hypothese, dass Disclosure bei „Verschweigern“ weniger positive

Wirkung hat, da sie durch das Verfassen eines Traumaberichts gezwungen werden, auf ihren gewohnten Verarbeitungsstil zu verzichten, wurde nicht bestätigt. Ebenso wenig hatten Verschweiger – z.B. aufgrund ihrer erstmaligen Chance, das Ereignis offenzulegen – stärkere Verbesserungen als „Offenleger“. Insgesamt schienen Verschweiger willens und in der Lage, emotionale Berichte zu schreiben und ebenso emotional zu reagieren wie Offenleger. Der einzige Unterschied bestand sowohl in der Prä- als auch in der Postmessung in einer geringeren inhaltlichen Stringenz der Berichte der Verschweiger verglichen mit denen der Offenleger (Smyth et al., 2002).

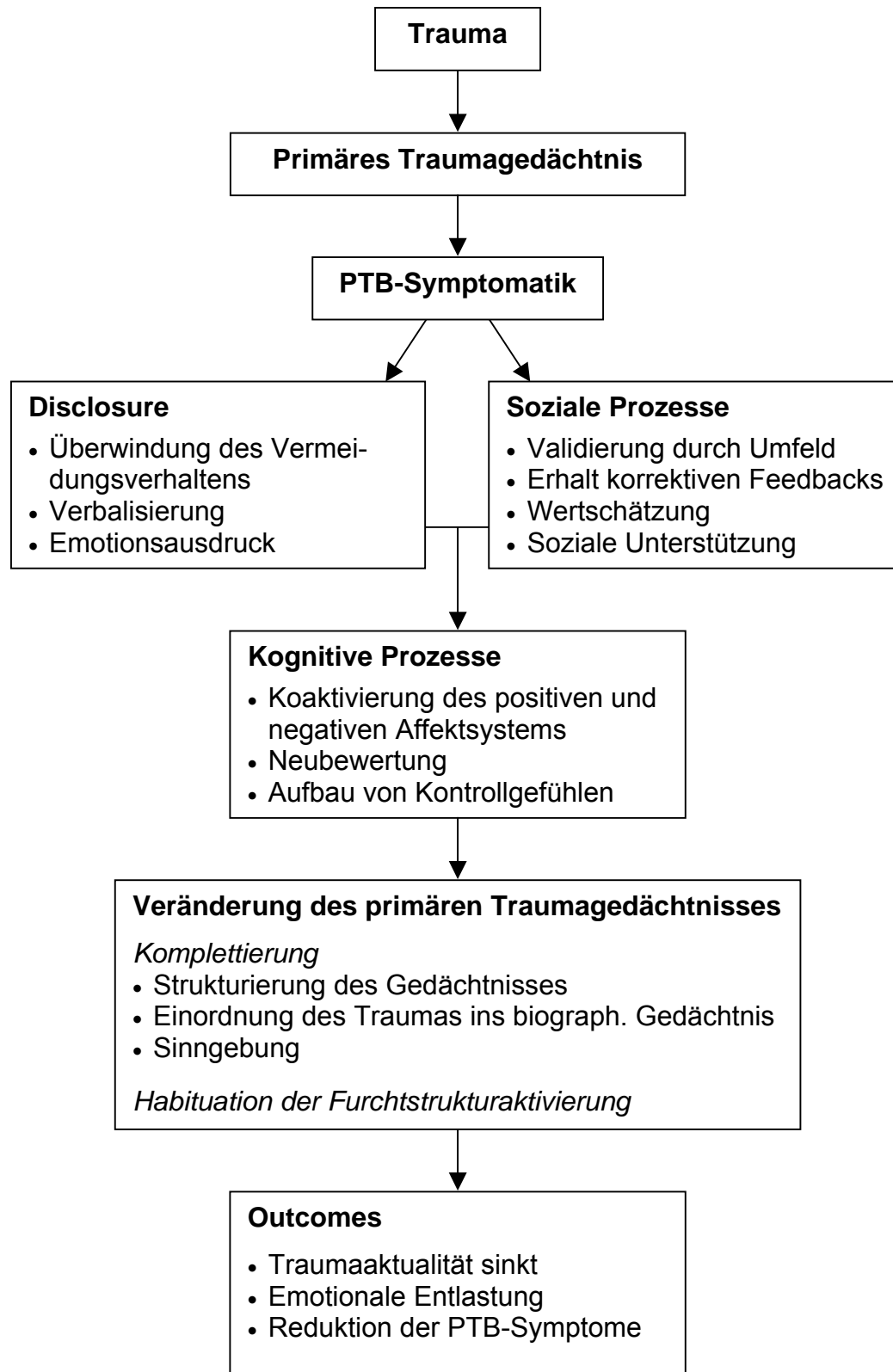
Ein weiterer Forschungsansatz bezieht sich auf die Untersuchung des Zusammenhangs von Disclosure und Grübeln. Die Definition von Grübeln ist dabei sehr unterschiedlich. Während Pennebaker (1989) Grübeln als dem Reden gegenübergesetzte Verarbeitungsstrategie definierte, gehen anderen Forscher davon aus, dass Grübeln und Reden stabile individuelle Unterschiede sind (Überblick bei Manstead, 1991). Bisher konnte in einer nichtklinischen Stichprobe ein positiver Zusammenhang zwischen Grübeln und verzögertem Mitteilen belastender Erfahrungen festgestellt werden (Rimé et al., 1991). Außerdem hat sich in zwei Studien gezeigt, dass „Grübler“ nach einem Trauma mehr über ihre Erfahrungen sprachen als „Nichtgrübler“ (Lepore et al., 1996; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Außerdem fanden Nolen-Hoeksema und Davis (1999) heraus, dass sich bei Nichtgrüblern das Wohlbefinden beim Diskutieren ihrer Erfahrungen mit der Zeit steigerte, während sich Grübler dabei immer unwohler fühlten. Dies begründeten die Autoren mit sozialen Prozessen während des Erzählens: Sie gingen davon aus, dass Nichtgrübler mit der Zeit aufhörten, über das Trauma zu reden, weil sie es überwunden hätten. Hingegen bliebe bei Grüblern die Erzählfrequenz gleich hoch, was von der Umwelt missbilligt werde und Unwohlsein beim Erzähler auslöse. Bei einer Untersuchung mit Studenten fanden Davis und Nolen-Hoeksema (2000) bei Grüblern einen inflexibleren kognitiven Stil als bei Nichtgrüblern. Als Erklärung für diesen Be-

fund vermuteten die Autoren, dass dieser Stil die perseverierenden Tendenzen begünstige, und adaptive Tendenzen behindere (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000).

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass die unterschiedlichen Ergebnisse des Offenlegens belastender versus traumatischer Erfahrungen durch die kognitiven Besonderheiten, die mit der Traumatisierung einhergehen, gut begründbar sind. Neuere Ergebnisse weisen zudem auf den Einfluss stabiler Persönlichkeitszüge auf das Disclosure-Resultat hin. Bevor genaue Aussagen gemacht werden können, müssten diese potentiellen Einflussfaktoren in weiterführenden Studien ausführlich überprüft werden.

Aus den Erkenntnissen der Literatur und den hier gefundenen Ergebnissen wurde versucht, ein Modell zur Wirkung von Disclosure auf die Befindlichkeit nach Traumatisierung zu erstellen (s. Abbildung 4). Das Modell fokussiert lediglich auf Prozesse, die beim Offenlegen traumatischer Erfahrungen von Bedeutung scheinen. Andere bekannte PTB-Prädiktoren wurden der Übersichtlichkeit halber nicht in das Modell aufgenommen.

Abbildung 4: Hypothetisches Modell für den Einfluss von Disclosure und sozialen Prozessen auf die Traumabewältigung.



Es wird davon ausgegangen, dass nach dem Erleben eines Traumas die Ausbildung und Aufrechterhaltungen Posttraumatischer Belastungsstörungen durch Besonderheiten des sogenannten primären Traumagedächtnisses beeinflusst werden. Als solche Besonderheiten wurden zum Beispiel PTB-spezifische kognitive Furchtstrukturen (Foa & Kozak, 1986) oder eine schwache Elaboration und Einbettung der Erfahrung ins autobiographische Gedächtnis, gesenkte Wahrnehmungsschwelle für traumaassoziierte Reize, schlechte Diskriminationsfähigkeit zwischen Trauma- und Nichttraumastimuli und selektive Erinnerung negativer Traumainformationen (Ehlers & Clark, 1999) beschrieben. Es wird angenommen, dass Disclosure bei Personen mit PTB nur dann gesundheitsfördernd wirkt, wenn das Vermeidungsverhalten überwunden und die Erfahrungen intensiv emotional und möglichst vollständig verbalisiert werden. Gleichzeitig scheinen auf das Offenlegen bezogene soziale Prozesse, wie die Wahrnehmung des Opfers, von seinem Umfeld unterstützt und wertgeschätzt zu werden, sowie die Validierung seiner offengelegten Erfahrungen bzw. die Korrektur seiner dysfunktionalen Interpretationen des Traumas und dessen Folgen, von wichtiger Bedeutung für die Traumaverarbeitung zu sein. In Folge des Offenlegens und der diesbezüglichen sozialen Reaktionen wird das Einsetzen kognitiver Prozesse vermutet, die zu Veränderungen des primären Traumagedächtnisses führen. Ein solcher kognitiver Prozess könnte die gleichzeitige Aktivierung des positiven und negativen Affektsystems sein, die als wesentlich zur Integration der traumabezogenen Erinnerungen in die Schemapräsentation betrachtet wird (Foa & Kozak, 1986; Larsen, Hemenover, Norris & Cacioppo, 2003). Ausserdem setzen möglicherweise aufgrund hinzukommender Informationen neue Bewertungsprozesse der Traumaerfahrungen ein und es werden Kontrollgefühle aufgebaut. In dem Modell wird davon ausgegangen, dass diese kognitiven Prozesse zu stabilen gesundheitsförderlichen Veränderungen des primären Traumagedächtnisses führen. Diese könnten möglicherweise in einer Komplettierung des Gedächtnisses durch Gedächtnisstrukturierung, Einordnung des Traumas in das biographische Gedächtnis und Erken-

nen eines Sinns in der Erfahrung vermittelt werden. Gleichzeitig sind kognitive Veränderungen durch die Habituation der Furchtstruktur nach Konfrontation mit traumabezogenen Stimuli vorstellbar. Als Resultat dieser Veränderungen der dysfunktionalen Gedächtnisstrukturen verliert das Trauma vermutlich seine Aktualität, und die allgemeine Belastung sowie die PTB-Symptome nehmen ab. Durch dieses Modell sind eventuell auch die guten Erfolge kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Personen mit PTB zu erklären: Während des Offenlegens der Traumaerfahrungen werden durch den Therapeuten auf wertschätzende und unterstützende Art und Weise das Ereignis validiert und dysfunktionale Kognitionen korrigiert. Dies führt zur gesundungsfördernden Veränderung des primären Traumagedächtnisses. Bei Personen, die nach einem Trauma keine PTB entwickeln, bzw. bei Opfern belastender jedoch nichttraumatischer Ereignisse entwickelt sich vermutlich kein „primäres Traumagedächtnis“. Die Art und Weise des Disclosures ist deswegen wahrscheinlich für die Verarbeitung der Erfahrung nicht von besonderer Wichtigkeit. Eine entlastende Strukturierung und Einordnung gelingt wahrscheinlich schon bei viel geringerer Disclosure-Dosis und -Intensität. Diese Vermutung könnte die positive Wirkung kurzer Schreibinterventionen bei Opfern nichttraumatischer belastender Erlebnissen erklären. Da das Modell eine Integration voneinander unabhängiger Ergebnisse ist, müsste in weiteren Studien überprüft werden, ob sich die darin gemachten Annahmen und Verbindungen der Variablen untereinander bestätigen.

10.2.2 Wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer

Die Befunde zu verschiedenen sozialen Unterstützungsprozessen nach Traumatisierung sind sehr vielfältig und unterschiedlich. Sie verdeutlichen insgesamt jedoch, dass neben Traumaereignisfaktoren auch Faktoren des sozialen Umfelds, der traumatisierten Person, der Zeit seit der Traumatisierung und der prämorbidem Interaktion und Integration von Bedeutung sind. Die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Einflussfaktoren sind noch weitge-

hend ungeklärt. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen den bisher untersuchten Konstrukten und der in der dargestellten Studie untersuchten gesellschaftlichen Wertschätzung Parallelen bestehen. Dennoch legen die Befunde nahe, dass das Wertschätzungs-Konstrukt sich deutlich von sozialer Unterstützung unterscheidet und zusätzliche Erklärungskraft für die Belastung nach Traumatisierung besitzt. Es scheint sinnvoll, die potentiellen Zusammenhänge zwischen Belastung nach Traumatisierung und hilfreichen bzw. nichthilfreichen sozialen Interaktionen genauer zu untersuchen.

Durch die Skala „wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer“ wurde weniger Belastungsvarianz aufgeklärt als durch andere Maße. Möglicherweise kann das damit begründet werden, dass die sozialen Wertschätzungsprozesse mithilfe eines Fragebogens nicht genau genug abgebildet werden können. Viele Befunde und Vermutungen zur sozialen Unterstützung, die mit der gesellschaftlichen Wertschätzung verwandt ist, deuten auf mögliche Schwierigkeiten hin: Zum Beispiel gehen Cutrona und Russell (1990) in ihrem Modell zur sozialen Unterstützung davon aus, dass die Art der Unterstützung spezifisch auf die Bedürfnisse abgestimmt sein muss, die durch den Stressor entstanden sind. Auch die Befunde von Dakof und Taylor (1990), dass die von ihnen untersuchten Krebspatienten von verschiedenen Personen des sozialen Umfelds spezifische Reaktionen erwarteten, weisen auf die Komplexität der Erforschung sozialer Interaktionsprozesse hin. Weiterhin scheint die Unterscheidung zwischen tatsächlich vorhandenen und subjektiv wahrgenommenen Wertschätzungsprozessen nötig. Auch hierzu gibt es Befunde, die auf mögliche Schwierigkeiten hindeuten: In ihrer Untersuchung der gegenseitigen Unterstützung bei Paaren fanden Bolger und Kollegen (2001) heraus, dass die effektivsten Unterstützungsprozesse so subtil waren, dass sie von den Befragten oft gar nicht wahrgenommen wurden. Zusätzlich gibt es Hinweise auf den Einfluss individueller Persönlichkeitsfaktoren – wie zum Beispiel Optimismus – auf Erhalt und Wahrnehmung sozialer Unterstützung (Brisette et al.,

2002; Dougall et al., 2001). Besonderer Bedeutung bei der Untersuchung des Einflusses von Persönlichkeitsfaktoren auf die Belastungsbewältigung kommt dabei meines Erachtens den Studien von Nolen-Hoeksema und Kollegen zu. Die Autoren untersuchten den Einfluss eines grüblerischen Bewältigungsstils auf die Belastungsbewältigung, die Kommunikation nach Belastung sowie die Inanspruchnahme und Wahrnehmung von Unterstützung (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994). Nolen-Hoeksema (1991) definierte Grübeln als passives und repetitives Fokussieren auf die Symptomursache und die Belastungssymptome. Bisherige Ergebnisse deuten darauf hin, dass Grübeln eine stabile Persönlichkeitseigenschaft zu sein scheint. Bei Müttern, deren Kind verstorben war, war die Test-Retestreliabilität eines Grübel-Fragebogens 1 und 6 Monate nach dem Trauma sehr hoch. Diese Stabilität war unabhängig von Veränderungen der Depressivität (Nolen-Hoeksema et al., 1994). Auch in einer anderen Studie zeigten sich stabile Tendenzen: Studenten, die vermehrt zum Grübeln neigten, wiesen zwei Wochen nach einem Erdbeben mehr grüblerische Gedanken und Gedanken über ihre emotionale Reaktion auf als Nichtgrübler (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). In verschiedenen Untersuchungen wurden zwischen „Grüblern“ und „Nichtgrüblern“ außerdem deutliche Unterschiede in der Traumaverarbeitung gefunden. Sowohl in der oben zitierten Studentenchprobe (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) und bei den Müttern, deren Kind verstorben war (Nolen-Hoeksema et al., 1994) als auch bei homosexuellen Männern nach dem Tod ihres Partners (Nolen-Hoeksema, McBride & Larson, 1997) hatten Grübler nach dem Trauma längere depressive und ängstliche Reaktionen als „Nichtgrübler“. Die Autoren folgerten aus diesen Ergebnissen, dass es nicht nur maladaptiv ist, zu wenig an ein Trauma und seine Konsequenzen zu denken (vgl. Review bei Pennebaker, 1993), sondern dass es ebenso ungünstig sei, zu viel darüber nachzudenken (Nolen-Hoeksema et al., 1997). In Anlehnung an die Befunde von Wegner & Erber (1992) vermuteten die Autoren, die Unterdrückung oder Verleugnung traumabezogener Gedanken

Gedanken und Gefühle sei ineffektiv und führe zum paradoxen Effekt verstärkten Denkens an das Erlebnis, was eine gelungene Verarbeitung verhindere. Als Bestätigung dieser Annahme kann der Befund von Amir et al. (1997) gewertet werden, der herausfand, dass PTB-Patienten viel stärker Gedanken unterdrückten als die Kontrollgruppen mit Angstpatienten und gesunden Probanden.

In einer Studie mit depressiven Müttern nach dem Tod ihres Kindes zeigte sich, dass die psychische Beeinträchtigung nicht mit den sozialen Probleme korrelierte, wenn die Variable Grübeln kontrolliert wurde (Nolen-Hoeksema et al., 1994). Die Untersuchung von Männern vor und nach dem Tod ihres Partners ergab, dass das Ausmass der sozialen Unterstützung bei Nichtgrüblern wenig bis keine Effekte auf die Belastung hatte, wohingegen bei Grüblern starke Effekte bestanden (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Die Autoren fanden weiterhin heraus, dass die von ihnen untersuchten Grübler stärker soziale Unterstützung suchten als Nichtgrübler und besser davon profitierten, auch wenn der Grad der Belastung kontrolliert wurde (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Die Autoren betrachteten Grübeln deswegen als Moderatorvariable zwischen wahrgenommener sozialer Unterstützung und Belastung. Neben der Annahme vermehrten Nachdenkens der Grübler über das Trauma und seine Konsequenzen wurde außerdem die Vermutung geäußert, dass Grübler weniger wahrscheinlich aktive Problembewältigungsstrategien einsetzten als Nichtgrübler (Clark, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 1994). Allerdings könnten auch andere Prozesse, wie das von Greenberg et al. (1996) beschriebene Durcharbeiten und Sinnfindung oder Prozesse der Habituation sowie Prozesse der Anpassung an das eigene Glaubenssystem, wie von Janoff-Bulman (1992) beschrieben, zu den Verbesserungen bei Grüblern beitragen. Gleichzeitig ist es aber auch möglich, dass Grübler stärker unter negativen sozialen Interaktionen leiden als Nichtgrübler, da sie mehr darüber nachdenken. Lyubomirsky und Nolen-Hoeksema (1995) fanden in ihrer Studie mit dysphorischen Personen heraus, dass die untersuchten Grübler trotz ihres größeren Unterstützungs-

bedürfnisses wahrnehmen, weniger soziale Unterstützung und mehr negative Reaktionen von ihrer Umwelt zu erhalten als Nichtgrübler. Als Ursache vermuteten sie, dass Grübler die Welt negativer sehen und infolgedessen ihre soziale Umwelt verstärkt negativ wahrnehmen, was wiederum zu tatsächlichen sozialen Problemen führen könne (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Auf der anderen Seite erhalten Grübler wahrscheinlich tatsächlich nicht das Ausmaß sozialer Unterstützung, das sie sich wünschen: Es ist anzunehmen, dass Grübler viel wahrscheinlicher die sozial vorgeschriebene Dauer für die Bewältigung von Traumata (Pennebaker, 1993^b; Wortman & Silver, 1989) überschreiten, indem sie länger über das Trauma reden, als die Umwelt bereit ist zuzuhören. Daraus ergeben sich vermutlich negative Reaktionen der Umwelt, die beim Grübler die Gefühle, von der Umwelt nicht verstanden und anerkannt zu werden, verstärken und negative Reaktionen auslösen. Dies kann einen negativen Teufelskreis in Gang setzen.

Bisher wurde die Variable Grübeln in der Traumaforschung mehr als Prozessvariable denn als Variable des individuellen Unterschiedes betrachtet (Janoff-Bulman, 1992; Lepore, 1996; Pennebaker, 1989). Die Konzeption des Grübelns als zeitstabiles, individuelles Charakteristikum (Nolen-Hoeksema, 1991) unterscheidet sich davon stark. Die Ergebnisse deuten aber auf einen nicht zu vernachlässigenden Wert der Variablen hin. Eine Schwierigkeit ist allerdings, dass die Grübel-Operationalisierung von Nolen-Hoeksema und Kollegen weiter gefasst ist als in anderen Konzeptionen und neben intrusiven Gedanken auch veränderte Kognitionen beinhaltet. Problematisch ist daran, dass Intrusionen und kognitive Veränderungen charakteristische Folgen von Traumatisierung sind. Möglicherweise findet deswegen bei der Untersuchung von Traumaopfern mit dieser Grübel-Konzeption eine Vermischung des Persönlichkeitsmerkmals Grübeln mit PTB-spezifischen Intrusionen und kognitiven Veränderungen statt, was die Aussagekraft der Ergebnisse reduziert und Vergleiche mit den Befunden anderer Studien zu kognitiven PTB-Faktoren (z.B. Ehlers, Clark et al.,

1998, Ehlers et al., 2000) erschwert. Eine umfassende gemeinsame Untersuchung dieser verschiedenen Konzepte wäre meines Erachtens sehr wünschenswert.

10.2.3 Einschränkungen und weiterführende Vorschläge

Da die Daten per Selbstauskunft erhoben wurden, besteht die Möglichkeit, dass Methodenvarianz die beobachteten Beziehungen der Variablen untereinander beeinflusst haben könnte. Es wäre sehr hilfreich gewesen, zusätzliche Daten aus anderen Quellen zu erhalten. Aus diesem Grund war ursprünglich geplant, gesellschaftliche Wertschätzungsprozesse durch die bibliometrische Erfassung der Medienaufmerksamkeit, die den einzelnen Kriminalitätsoptionen zuteil wurde, zu erheben. Dieses – in Zusammenarbeit mit Kommunikationswissenschaftlern beabsichtigte – Projekt scheiterte jedoch an dem geringen Rücklauf von Medienmaterial. Als zweite Einschränkung ist zu nennen, dass keine Aussagen über die Verursachung der Ergebnisse gemacht werden können, da die Daten korrelativ sind. Es ist zum Beispiel denkbar, dass fehlende Wertschätzung zur Verstärkung der PTB-Symptomatik führen kann. Umgekehrt ist aber auch plausibel, dass eine Person mit PTB ihre Umwelt sowie die ihr entgegenbrachte Wertschätzung in veränderter Art und Weise wahrnimmt.

Die Ergebnisse der Studie führen zu unterschiedlichen anderen Forschungsfragen für die Zukunft. Um den Erklärungswert der untersuchten Variablen für die PTB-Belastung weiter zu erforschen, wäre es zunächst hilfreich, die Fragebögen an Stichproben einzusetzen, die Opfer anderer Traumata als politischer Inhaftierung und Kriminalitätsdelikten geworden sind. Weiterhin wäre der Einsatz der Fragebögen an gesunden Stichproben (z.B. Studenten, chronisch belastete Personen, Menschen nach belastenden Lebensereignissen, die nicht dem Traumakriterium entsprechen) interessant. Auf diese Art und Weise könnten die Ergebnisse vorliegender Untersuchung mit denen aus Studien verglichen werden, in denen die Wirkung emotionalen Schreibens über belastende Lebensereignisse untersucht wurde. In weiteren Studien könnten

zudem die Mechanismen überprüft werden, die dem Einfluss interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Belastung durch PTB-Symptome bzw. die allgemeine Psychopathologie und auf den Gesundheitsstatus zugrunde liegen. Zum Beispiel verstärken sich möglicherweise die Symptome, weil die Betroffenen aufgrund mangelnder Wertschätzung frustriert, enttäuscht oder verärgert sind. Andererseits legen die Befunde von Lakey, Tardiff und Drew (1994) nahe, dass eine als mangelhaft wahrgenommene Wertschätzung auch zur Symptomsteigerung führen könnte, indem sie das Selbstwertgefühl der Betroffenen beeinträchtigt und so eine negative Einstellung anderen Menschen gegenüber hervorruft. Es wäre ebenfalls sinnvoll, zu überprüfen, ob die einzelnen Subskalen der Fragebögen sich in ihrem Einfluss unterscheiden, den sie für die Gesundung haben. In der Stressforschung wurde zum Beispiel herausgefunden, dass jene Unterstützung am hilfreichsten ist, die genau den durch den Stressor entstandenen Bedürfnissen gerecht wird (Cutrona & Russel, 1990). Daraus folgt, dass – abhängig von den individuellen Bedürfnissen des Empfängers – manche Arten nichtunterstützender sozialer Interaktionen schwerwiegender sind als andere. Wenn beispielsweise das größte Bedürfnis eines Opfers politischer Inhaftierung ist, von seiner Familie anerkannt zu werden, hat eine wahrgenommene fehlende familiäre Anerkennung vielleicht größeren Einfluss auf dessen Befindlichkeit als die positive Anerkennung vom weiteren sozialen Netzwerk. Zusätzlich kann es in manchen Studien hilfreich sein, die Art und Weise des Kommunikationsverhaltens bzw. vorhandener versus nichtvorhandener Wertschätzung durch ein Netzwerkmitglied zu untersuchen. Außerdem könnten Längsschnittstudien über den Verlauf des Offenlegens und der Wahrnehmung der Wertschätzung im Prozess der Traumaverarbeitung zu wichtigen Erkenntnissen führen. Zum Beispiel könnte es hilfreich sein, zu wissen, ob das Niveau der gesellschaftlichen Wertschätzung zukünftige psychische Symptome vorhersagen kann. Es könnte weiterhin sinnvoll sein, situationale Faktoren zu identifizieren, die Menschen dazu bringen, sich nichtwertschätzend zu verhalten. Zusätzlich könnten persönliche Charakteristika der Betroffenen

und einzelner Netzwerkmitglieder erstellt werden. Interessant wäre weiterhin eine geschlechtsspezifische Untersuchung der interpersonellen und soziokognitiven Variablen bei den Traumaopfern und ihrem sozialen Umfeld. Ein Hinweis auf solche Geschlechtsunterschiede zeigte sich in der dargestellten Textanalyse. Darin unterschieden sich die Traumaberichte der untersuchten Männer mit und ohne PTB signifikant voneinander, während die Berichte der Frauen keine Unterschiede aufwiesen. Es ist denkbar, dass es auch Geschlechtsunterschiede in der Wahrnehmung von Wertschätzung gibt. Aber auch das Geschlecht derjenigen, welche die Unterstützung anbieten, kann möglicherweise sowohl das Kommunikationsverhalten als auch die Wahrnehmung der entgegengebrachten Wertschätzung beeinflussen. Ziel zukünftiger Studien könnte sein zu untersuchen, ob Männer und Frauen sich anders gegenüber Menschen verhalten, die Traumaopfer geworden sind. Schließlich könnten künftige Studien bestimmte Interventionen für Traumaopfer und ihre wichtigste soziale Umwelt testen und dabei gezielt interpersonelle und soziokognitive Faktoren der Traumabewältigung berücksichtigen. Besonders interessant wären neben der Effektivität solcher Intervention bei der Bewältigung des Traumas und Traumafolgestörungen die Überprüfung ihrer Auswirkungen auf das weitere Kommunikationsverhalten und die Wahrnehmung der gesellschaftlichen Wertschätzung. In weiteren Untersuchungen wäre meines Erachtens die zusätzliche Erfassung von Emotionen wie Wut und Scham sinnvoll, welche die PTB häufig begleiten sowie von Persönlichkeitsstilen, die einen Einfluss auf die Bewältigung von Traumata haben könnten.

Zum Vorgehen bei der Textanalyse ist kritisch anzumerken, dass die Erhebung der Traumaberichte wenig standardisiert verlief: Die Instruktion war auf ein Minimum beschränkt, und die Teilnehmer waren frei, soviel und so lange zu schreiben, wie sie wollten. Die Inhalte dieser nur gering instruierten Traumaberichte sind wahrscheinlich zusätzlich durch Einflüsse geprägt worden, die in diesem Setting nicht kontrolliert werden konnten, wie zum Beispiel situative Faktoren, Persönlichkeits- und andere Kontextvariablen

der Schreibsituation. Zudem sind möglicherweise die für die quantitative Bewertung erstellten Kategorien viel zu großschrittig, so dass kleine Effekte nicht erfasst wurden. Da kein neutraler Basistext erhoben wurde, konnten potentielle interindividuelle Differenzen beim Schreiben nicht kontrolliert werden. Es bleibt deswegen unklar, ob diese Differenzen die Ergebnisse beeinflusst haben. Zusätzlich müsste jedoch der Befund von Gray und Lombardo (2001) berücksichtigt werden, dass die Fragmentierung und Unorganisiertheit der Traumaberichte ihre Vorhersagekraft verloren, sobald Schreibbegabung und kognitive Fähigkeiten der untersuchten Studenten kontrolliert wurden. Die Vorgehensweisen bisher vorliegender Befunde zur Analyse von Traumaberichten waren sehr unterschiedlich. Aus diesem Grund ist ein direkter Vergleich der Befunde schwer möglich. In weiteren Untersuchungen wäre eine differenziertere Instruktion zum Verfassen der Traumaberichte sinnvoll sowie die zusätzliche Erhebung der Häufigkeit, mit der die Berichte schon spontan erzählt worden sind. Eine Kopplung intra- und interindividueller Vergleiche von Berichten über traumatische und neutrale Erlebnisse könnte bei der Beantwortung der Frage weiterhelfen, unter welchen Bedingungen das Kommunizieren über ein erlebtes Trauma für die Betroffenen hilfreich ist.

10.3 Implikationen für Theorie und Therapie

Ein erweitertes Wissen über den Einfluss interpersoneller und soziokognitiver Faktoren auf die Traumabewältigung hat Implikationen für die Theorie und Therapie Posttraumatischer Belastungsstörungen. Im Rahmenmodell von Maercker (2003) zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Gesundung von Posttraumatischen Belastungsstörungen wurden erstmalig interpersonelle und soziokognitive Variablen berücksichtigt. Die zusätzliche Varianzaufklärung der PTB-Belastung bei Einbezug dieser Faktoren in die Regressionsanalysen (s. Kap. 8) weist auf den Stellenwert dieser Faktoren hin. Maercker (2003) nahm an, dass sowohl das Offenlegen traumatischer Erfahrungen als auch die wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung förderlich für die *Bewältigung* von Traumaerfahrungen sind. Die in der vorliegenden Arbeit dargestellten Befunde deuten jedoch darauf hin, dass beide Variablen möglicherweise eher den *Aufrechterhaltungsfaktoren* von PTB zugerechnet werden müssten: Das Offenlegen traumatischer Erfahrungen war mit hoher PTB-Belastung assoziiert. Dieser Befund ist konsistent mit den Befunden von Gidron et al. (1996), die ebenfalls ungünstige Disclosure-Wirkung auf die PTB-Symptomatik gefunden hatten. Diese Ergebnisse müssten in weiteren Studien, in denen die Bedürfnisse der Traumaopfer berücksichtigt werden (s. Abb. 4), experimentell überprüft werden: Zukünftige Disclosure-Interventionen müssten lang und häufig genug sein und supportive soziale Reaktionen und korrigierendes Feedback beinhalten. Parallel zu Befunden zur sozialen Unterstützung (Abbey et al., 1985; Solomon et al., 1988) zeigte sich, dass nicht das Vorhandensein gesellschaftlicher Anerkennung in starkem Zusammenhang mit PTB stand sondern vielmehr das Fehlen von Anerkennung mit PTB-korrelierte. Sinnvoll wäre eventuell eine experimentelle Überprüfung dieses Befunds durch einen Gruppenvergleich von Traumaopfern: Während die Teilnehmer der Experimentalgruppe in der Wahrnehmung von Anerkennung geschult werden und ihrem Umfeld das Äußern einer wertschätzenden Haltung gegenüber dem Traumaopfer vermittelt würde, bestünde die Kontrollgruppe aus Personen, die angeben,

Kontrollgruppe aus Personen, die angeben, wenig Anerkennung und viel Unverständnis von ihrem Umfeld zu erleben. So könnte erstens überprüft werden, ob die vorhandene oder die fehlende Anerkennung von größerer Bedeutung ist, und ob die Variable Gesellschaftliche Wertschätzung demnach eher den Schutz- oder den Aufrechterhaltungsfaktoren zuzuordnen ist. Weiterhin wäre zu prüfen, ob die Schulung der Experimentalgruppe und ihrer Angehörigen erfolgreich ist im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Weder präventiv noch therapeutisch wurden interpersonelle und soziokognitive Einflussfaktoren auf die PTB bisher berücksichtigt. Zunächst scheint mir die Information der Traumaopfer über interpersonelle und soziokognitive Prozesse bedeutend. Möglicherweise verändert das Wissen über solche Prozesse Einstellung und Verhalten der Betroffenen. Die Befunde der gesundheitsfördernden Wirkung schriftlichen Disclosures in gesunden Stichproben sind beeindruckend. Eine vergleichbar effektive Methode für Personen nach Traumatisierung bereitstellen zu können, wäre von großem Nutzen. Dies sowohl in ökonomischer Hinsicht als auch in Hinsicht auf die Betroffenen, die so mit relativ einfachen Mitteln ihre Belastungen bewältigen könnten. Da die Befunde bisher uneinheitlich sind, ist ein wesentlicher Schritt dazu jedoch eine genauere Differenzierung des Konstrukts und seiner Anwendungsbereiche. Disclosure-Vorgehen in der Therapie, im Alltag, in schriftlicher oder geschriebener Form müssen wahrscheinlich voneinander abgegrenzt werden. Neben Merkmalen der offenlegenden bzw. zuhörenden Person könnten auch gesellschaftliche oder kulturelle Aspekte, die bisher noch nicht untersucht worden sind, die PTB-Belastung moderieren und müssten deswegen berücksichtigt werden. Möglicherweise können spezifisch auf interpersonelle und soziokognitive Faktoren der Traumabewältigung ausgerichtete Therapiebausteine die Therapieerfolge weiter verbessern. In spezifischen Kommunikations- und Problemlösetrainings oder in Trainings zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten könnten Strategien und Fertigkeiten vermittelt werden, das Trauma adäquat im sozialen Umfeld zu bewältigen. Da sich zudem

gezeigt hat, dass negative Reaktionen der sozialen Umwelt Traumaopfern gegenüber sehr wahrscheinlich sind (Bennett Herbert & Dunkel-Schetter, 1992; Lepore et al., 1997), sind möglicherweise auch Stresstrainings oder Trainings zum Ärgermanagement erfolgsversprechend. Durch sie könnten Traumatisierte lernen, fehlende Wertschätzung und Zuhörbereitschaft auszuhalten und adäquat damit umzugehen.

Weitere Implikationen ergeben sich für das soziale Umfeld Traumatisierter, wie Partner oder Familienmitglieder. Neben der Information über die potentiellen psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen bei direkt und indirekt Betroffenen, ist die vorwiegende Information über häufige und mögliche Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen möglicherweise ebenfalls entlastend. Gegebenenfalls könnten auch Personen des sozialen Umfelds von Traumaopfern Kommunikations- und soziale Kompetenzstrategien vermittelt werden. Ein Ziel solcher Interventionen wäre das Erlernen eines funktionalen Umgangs mit den PTB-Symptomen des Traumaopfers, wie zum Beispiel Wutausbrüche oder Rückzug von anderen. Neben Strategien zur adäquaten Unterstützung von Traumaopfern scheint jedoch auch wesentlich zu sein, den Unterstützenden beizubringen, wie sie während der Interaktion mit dem Traumaopfer mit ihren eigenen Gefühlen umgehen und dabei ihre eigenen Bedürfnisse wahren können. Unter Berücksichtigung der Befunde von Jordan et al. (1992), dass bei Vietnamveteranen die stark mit der PTB-Symptomatik zusammenhängenden Ehe- und Familienprobleme noch 15 Jahre nach der Heimkehr anhielten, scheinen frühe Interventionen zur Symptombewältigung und Verhinderung chronischer interaktioneller Probleme sinnvoll. Solche Interventionsmaßnahmen eignen sich natürlich nur für das nahe Umfeld Traumatisierter oder für Personen, die beruflich häufig mit Traumatisierten Kontakt haben, wie zum Beispiel Seelsorger, Polizei oder Rettungssanitäter. Eine Förderung der Wertschätzung von Traumaopfern im weiteren gesellschaftlichen Rahmen ist hingegen eher durch die Erweiterung des Allgemeinwissens um die direkten Auswirkungen von Trau-

omatisierung und potentiellen mittel- und langfristigen Folgeproblemen zu erreichen. Dies geschieht am besten durch Berichte und Dokumentationen in den Medien. Bevor endgültige Aussagen über diese präventiven und therapeutischen Implikationen gemacht werden können, müssen diese jedoch erst in therapeutischen Interventionsstudien überprüft werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im dargestellten Projekt zwei Instrumente mit zufriedenstellenden psychometrischen Kennwerten zur Erfassung des Offenlegens traumatischer Erfahrungen und der wahrgenommenen gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer konstruiert wurden. Diese Instrumente sind für den Einsatz in verschiedensten Traumapopulationen gedacht. Es zeigte sich, dass bestimmte Kommunikationsmuster und fehlende Anerkennung durch das soziale Umfeld in Zusammenhang mit der Gesundung nach Traumatisierung bzw. der Ausbildung von PTB stehen. Die Konstrukte sind nicht redundant mit schon bestehenden Variablen, sondern haben eigenen Vorhersagewert für die Entstehung Posttraumatischer Belastungsstörungen. Ihre Berücksichtigung bei weiteren theoretischen und therapeutischen Überlegungen scheint aussichtsreich. Zukünftige Untersuchungen der Art und der Effekte interpersoneller und soziokognitiver Faktoren können wertvolle Einblicke in die Prozesse der Traumabewältigung geben.

11. Literaturverzeichnis

- Abbey, A., Abramis, D.J. & Caplan, R.D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21.
- Alvarez-Conrad, J., Zoellner, L. & Foa, E.B. (2001). Linguistic predictors of trauma pathology and physical health. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 159-170.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. - revised). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Deutsche Übersetzung und Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. Göttingen: Hogrefe.
- Amir, M., Laplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J. & Kotler, M. (1997). Coping styles in posttraumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personal individual Differences*, 23(3), 399-405.
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M.S. & Foa, E.B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 385-392.
- Anderson, J.R. (1996). *Kognitive Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Angel, B., Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). Effects of war and organized violence on children: A study of Bosnian refugees in Sweden. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 4-15.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2000). *Multivariate Analysemethoden*. Berlin: Springer.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.

- Batten, S.V., Follette, V.M., Rasmussen-Hall, M.L. & Palm, K.M. (2002). Physical and psychological consequences of written disclosure among sexual abuse survivors. *Behavior Therapy*, 33, 107-122.
- Bennett-Herbert, T.L. & Dunkel-Schetter, C. (1992). Negative social reactions to victims: an overview of responses and their determinants. In L. Montada, S.H. Filipp & M.J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bilke, J.B. (1994). Unerwünschte Erinnerungen. Gefängnisliteratur 1945/49 - 1989. Expertise für die Enquete-Kommission SED-Diktatur. Bonn: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Vollmer, A.K., Loos, W.L., Buckley, T.C. & Jaccard, J. (1995). Short-term follow up of posttraumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 369-377.
- Blom, G. (1958). Statistical estimates and transformed beta variables. New York: John Wiley & Sons.
- Bolger, N., Zuckerman, A. & Kessler, R.C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 953-961.
- Bootzin, R.R. (1997). Examining the theory and clinical utility of writing about emotional experiences. *Psychological science* 8, 167-169.
- Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 624-629.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54, 81-87.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schlutz, L.R., Davis, G.C. & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress

- disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S. & Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 360-366.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-Analysis of risk-factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C.R., Dagleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brissette, I., Scheier, M.F. & Carver, C.S. (2002). The role of optimism and social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.
- Bronisch, T. (1997). Posttraumatic stress disorder – Posttraumatische Belastungsstörung. *Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie*, 65, 195-207.
- Brown, E.J. & Heimberg, R.G. (2001). Effects of writing about rape: Evaluating Pennebaker's paradigm with a severe trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 781.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3(1), 21-36.
- Calhoun, L.G. & Tedeschi, R.G. (1990). Positive aspects of critical life problems. Recollections of grief. *Omega*, 20(4), 265-272.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Clark, L.F. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(1), 25-55.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R. & Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-85.
- Cutrona, C.E. & Russell, D.W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support. An interactional view*. New York: Wiley.

- Dakof, G.A. & Taylor, S.E. (1990). Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Davidson, J.R., Hughes, D., Blazer, D. & George, L.K. (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 1-19.
- Davis, R.C., Brickman, E. & Baker, T. (1991). Supportive and un-supportive responses of others to rape victims: Effects on concurrent victim adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 19, 443-451.
- Davis, R.N. & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711.
- Deblinger, E. & Heflin, A.H. (1996). Treating sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive behavioural approach. Thousand Oaks: Sage.
- Derogatis, L.R. (1977). SCL-90-R: Administration, scoring and procedure manual – I. Baltimore: John Hopkins.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (1997). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.
- Diehl, J.M. & Staufenbiel, T. (2001). *Statistik mit SPSS Version 10.0*. Eschborn: Verlag Dietmar Klotz
- Dindia, K. & Allen, M. (1992). Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 112, 106-124.
- Donnelly, D.A. & Murray, E.J. (1989). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10(3), 334-350.
- Dougall, A.L., Hyman, K.B., Hayward, M.C., McFeeley, S. & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress. The importance of stress and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 223-245.
- Dunkel-Schetter, C. & Bennett, T.L. (1990). Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support. An interactional view*. New York: Wiley.
- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent post-traumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063-1084.

- Ehlers, A. (2000). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (1999). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 00, 1-27.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E. & Foa, E.B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 457-471.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). PTSD following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45-55.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 508-519.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Ehlert, U., Wagner, D., Heinrichs, M. & Heim, C. (1999). Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Nervenarzt*, 70, 773-779.
- Elbert, T., Schauer, M. & Neuner, F. (2001). *Factors of disclosure of stressful events and PTSD-related symptoms – a survey in 965 college students*. Poster, 3. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie, Konstanz.
- Esterling, B.A., L'Abate, L., Murray, E.J. & Pennebaker, J.W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 79-96.
- Everly, G.S. (1993). Neurophysiological considerations in the treatment of PTSD. A neurocognitive perspective. In J. Wilson and B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum.
- Faust, S. (1999). *Der Provokateur*. München: Herbig.
- Feeny, N.C., Zoellner, L.A. & Foa, E.B. (2000). Anger, dissociation and Posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 89-100.
- Finn, G. (1996). *Mauern, Gitter, Stacheldraht*. Berlin: Westkreuz.

- Fisher, J.D., Nadler, A. & Witcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91, 27-54.
- Flannery, R.B. & Harvey, M.R. (1991). Psychological trauma and learned helplessness. In B.A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D., Tolin, D.F. & Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa, E.B. & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E.B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), 675-690.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current directions in Psychological Science*, 4(20), 505-507.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. & Gershuny, B.S. (1985). Arousal, numbing and intrusion: Symptom structure of post traumatic stress disorder following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1997). *Treating the Trauma of Rape*. New York: Guilford Publications, Inc.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A. & Alvarez, J.A. (1999). Führt unorganisiertes Erzählen zu „Posttraumatic Stress Disorder“ (PTSD) In G. Perren-Klingler (Hrsg.), *Debriefing. Erste Hilfe durch das Wort. Hintergründe und Praxisbeispiele*. Bern: Haupt.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219 -39.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1994). Posttraumatic stress disorder among Vietnam theater veterans: A causal model of etiology in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(12), 677-684.

- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1997). Social support and psychopathology in the war zone. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 675-681.
- Fontana, A., Rosenheck, R. & Brett, E. (1992). War zone traumas and posttraumatic stress disorder symptomatology. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 180(12), 748-755.
- Foy, D.W., Resnick, R.C., Sippelle, E.M. & Carroll, E.M. (1987). Premilitary, military and postmilitary factors of the development of combat-related stress disorders. *Behavior Therapist*, 10(1), 3-9.
- Franke, G. (2000). BSI: Brief Symptom Inventory – deutsche Fassung. Göttingen: Beltz.
- Freedman, S.A., Brandes, D., Peri, T. & Shalev, A. (1999). Predictors of posttraumatic stress disorder. A prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 176, 353-359.
- Frye, J.S. & Stockton, R.A. (1982). Discriminant analysis of posttraumatic stress disorder among a group of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 139, 52-56.
- Gersons, B.P. & Carlier, I.V. (1992). Posttraumatic stress disorder: the history of a recent concepts. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Gersons, B.P. & Carlier, I.V. (1994). Treatment of work-related trauma in police officers: Posttraumatic stress disorder and posttraumatic decline. In M.B. Williams & J.F. Sommer (Eds.), *Handbook of Post-traumatic Therapy* (chap. 21). Westport: Greenwood Press.
- Gidron, Y., Peri, T., Connolly, J.F. & Shalev, A.Y. (1996). Written disclosure in posttraumatic stress disorder: Is it beneficial for the patient? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(8), 505-507.
- Gray, M.J. & Lombardo, T.W. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 171-186.
- Greenberg, M.A., Wortman, C.B. & Stone, A.A. (1996). Emotional expression and physical health: revising traumatic memories or fostering self-regulation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.
- Gurris, N.F. & Wenk-Ansohn, M. (1997). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.

- Hakstian, A.R., Rogers, W.T. & Cattell, R.B. (1982). The behavior of number-of-factors rules with simulated data. *Multivariate Behavioral Research*, 17, 193-219.
- Harrison, C. & Kinner, S. (1998). Correlates of psychological distress following armed robbery. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 787-798.
- Hautamäki, A. & Coleman, P.G. (2001). Explanation for low prevalence of PTSD among older Finnish war veterans. Social solidarity and continued significance given to wartime sufferings.
- Heffner-Johnson, K. (2002). A biosocial approach to the study of trauma disclosure and health. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62, 3848.
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Hellhammer, D. & Ehlert, U. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung bei Risikoberufsgruppen: Entstehung, Häufigkeit, Folgen. In A. Harwerth (Hrsg.), *Tagungsbericht 2001, Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte*. Stuttgart: Gentner Verlag.
- Herman, J.L. (1994). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler Verlag.
- Horn, J. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis: *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd edition). Northvale: Aronson.
- Hubbard, R. & Allen, S.J. (1987). An empirical comparison of alternative methods for principal component extraction. *Journal of Business Research*, 15, 173-190.
- Ingram, K.M., Betz, N.E., Mindes, E.J., Schmitt, M.M. & Smith, N.G. (2001). Unsupportive responses from others concerning a stressful life event: Development of the Unsupportive Social Interactions Inventory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 173-207.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of violence: Rebuilding shattered assumptions. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.
- Jaycox, L.H., Foa E.B. & Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation of exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185-192.

- Johnson, D.R., Lubin, H., Rosenheck, R., Fontana, A., Southwick, S. & Charney, D. (1997). The impact of the homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: The West Haven Homecoming Stress Scale (WHHSS). *Journal of Traumatic Stress* 10(2), 259-277.
- Jones, E.G., Farina, A., Hastorf, A.H., Markus, H., Miller, D.T. & Scott, R.A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Jordan, B.K., Marmar, C.R., Fairbank, J.A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L. & Weiss, D.S. (1992). Problems in families of mal Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916-926.
- Kadushin, C., Boulanger, G. & Martin, J. (1981). Long-term stress reactions: Some causes, consequences and naturally occurring support systems. *Legacies of Vietnam, Vol. 4, Comparative adjustment of veterans and their peers*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Karl, A. & Maercker, A. (2003). Electrocortical correlates of information processing in posttraumatic stress disorder: A review of EEG- and event-related potential studies. Zur Veröffentlichung eingereicht.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Cadell, J.M., Zimering, R.T. & Bender, M.E. (1985). A behavioural approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Kelley, J.E., Lumley, M.A. & Leisen, J.C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 16, 331-340.
- Kelly, A.E. & McKillop, K.J. (1996). Consequences of revealing personal secrets. *Psychological Bulletin*, 120(3), 450-465.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52(12), 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.

- King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M., & Adams, G.A. (1998). Resilience/recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, post-war social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.
- King, L.A. & Miner, K.N. (2000). Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 2, 220-230.
- Kinzie, J.D. & Goetz, R. (1996). A century of controversy surrounding posttraumatic stress spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 159-179.
- Kliewer, W., Lepore, S.J., Oskin, D. & Johnson, P.D. (1998). The role of social and cognitive processes in children's adjustment to community violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 199-209.
- Kloss, J.D. & Lisman, S.A. (2002). An exposure-based examination on the effects of written emotional disclosure. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 31-46.
- Kruskal, J.B. & Shepard, R.N. (1974). A nonmetric variety of linear factor analysis. *Psychometrika*, 39(2), 123-157.
- Lahey, B., Tardiff, T.A. & Drew, J.B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition, and psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 42-62.
- Lang, P. (1979). A bio-informal theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lange, A. (1999). Reprocessing traumatic events by structured writing assignments: theory, practice and research. Oral Paper 29th Annual Congress of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Dresden 24.09.1999.
- Larsen, J.T., Hemenover, S.H., Norris, C.J. & Cacioppo, J.T. (2003). Turning adversity to advantage: On the virtues of the coactivation of positive and negative emotions. In L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths*. Washington: American Psychological Association.
- Larson, D.G. & Chastain, R.L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(4), 439-455.

- Laufer, R.S., Yager, T., Frey-Wouters, E. & Donellan, J. (1981). *Legacies of Vietnam, Vol. 3, Postwar trauma: Social and psychological problems of Vietnam veterans and their peers*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal & coping*. New York: Springer.
- Lee, K.A., Vaillant, G.E., Torrey, W.C. & Elder, G.H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 516-522.
- Lehman, D.R., Ellard, J.H. & Wortman, C.B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 438-446.
- Lepore, S.J. (1992). Social conflict, social support, and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 857-867.
- Lepore, S.J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1030-1037.
- Lepore, S.J. (2001). A social-cognitive processing model of emotional adjustment to cancer. In A. Baum & B. Andersen (Eds.), *Psychosocial interventions for cancer* (pp. 99-118). Washington: American Psychological Association.
- Lepore, S.J. & Greenberg, M.A. (2002). Mending broken hearts. Effects of expressive writing on mood, cognitive processing, social adjustment and health following a relationship breakup. *Psychology and Health*, 17(5), 547-560.
- Lepore, S.J., Greenberg, M.A., Bruno, M. & Smyth, J.M. (2002). Expressive writing and health: self-regulation of emotion-related experience, physiology, and behavior. In S.J. Lepore & J.M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being*. Washington: American Psychological Association.
- Lepore, S.J. & Helgeson, V.S. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.
- Lepore, S.J., Ragan, J. & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute

- stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 499-508
- Lepore, S.J., Silver, R.C., Wortman, C.B. & Wayment, H.A. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 271-282.
- Leymann, H. & Lindell, J. (1990). Social support after armed robbery in the workplace. In E. Viano (Ed.), *The victimology handbook*. New York: Garland.
- Litz, T.B. & Keane, T.M. (1989). Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 9, 243-257.
- Lutgendorf, S.K. & Antoni, M.H. (1999). Emotional and cognitive processing in a trauma disclosure paradigm. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 423-440.
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- McLaughlin, M.S. (2000). The impact of written disclosure on hypertension. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 2934.
- Maercker, A. (Hrsg.), (1997). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrebelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A. (1998). Psychische Folgen politischer Inhaftierung in der ehemaligen DDR. In U. Baumann & H. Kury (Hrsg.), *Politisch motivierte Verfolgung: Opfer von SED-Unrecht*. Freiburg/Br.: Edition Iuscrim, S. 153-170.
- Maercker, A. (1999). Posttraumatische Belastungsstörung: Stand und Perspektiven des Wissens über effektive Therapien (Editorial des Themenschwerpunkts). *Verhaltenstherapie*, 9, 182-185.
- Maercker, A. (2000). Interpersonelle und sozial-kognitive Faktoren der Gesundung von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Opfern krimineller Gewalt. Antrag zur Gewährung einer Sachbeihilfe durch die Deutsche Forschungsgesellschaft, Bonn.

- Maercker, A. (2002). Impact of Event Scale-Revidierte Form. In E. Brähler, J. Schumacher und B. Strauß (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1)*. Göttingen: Hogrefe.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2003). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*. 2. erweiterte und überarbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Maercker, A., Bonnano, G.A., Znoj, H. & Horowitz, M. (1998). Prediction of Complicated Grief by positive and Negative Themes in Narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1117-1136.
- Maercker, A. & Karl, A. (2003). Life-span differences in physiologic responses to loud tones in trauma victims. *Trauma & Dissociation*.
- Maercker, A. & Müller, J. (2002). *Societal acknowledgement as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD*. University of Zurich, Department of Psychology. Unpublished manuscript.
- Maercker, A. & Müller, J. (2003). *Factors of recovery from PTSD: Social-cognitive, and interpersonal factors*. University of Zurich, Department of Psychology. Unpublished manuscript.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala - revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44(3), 130-141.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Psychological long-term effects of political imprisonment in the Former German Democratic Republic: Findings from a group comparison study. In G. Heeß-Erler, R. Manz & W. Kirch (1998). *Public Health Research Practice: Report of the Public Health Research Association Saxony*, 215-235, Regensburg: Roderer.
- Maercker, A., Schützwohl, M. & Beauducel, A. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for post-traumatic stress disorder and chronic dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651-660.
- Major, B., Zubek, J.M., Cooper, M.L., Cozzarelli, C. & Richards, C. (1997). Mixed messages: Implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1349-1363.

- Manne, S.L., Taylor, K.L., Dougherty, J. & Kemeny, N. (1997). Supportive and negative responses in the partner relationship: Their association with psychological adjustment among individuals with cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(2), 10-25.
- Manstead, A.S. (1991). Expressiveness as an individual difference. In R.S. Feldman & B. Rimé (Eds.), *Fundamentals of non-verbal behavior*. Cambridge: Cambridge University Press, 285-328.
- March, J.S. (1993). What constitutes a stressor? The "Criterion A" issue. In J.R. Davidson & E.B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp37-56). Washington: American Psychiatric Press.
- Marlo, H. & Wagner, M.K. (1997). Expression of negative and positive events through writing: Implications for psychotherapy and health, *Psychology and Health*, 14, 193-215.
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.H., Jordan, B.K., Kulka, R.A. & Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theatre veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665-75.
- McFarlane, A.C. (1989). The aetiology of posttraumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors, *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
- McNally, R.J., Kaspi, S.P., Riemann, B.C. & Zeitlin, S.B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 99(4), 398-402.
- Meichenbaum, D. (1999). Behandlung von Patienten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen. Ein konstruktiv-narrativer Ansatz. *Verhaltenstherapie*, 9, 186-189.
- Miller, L.C., Berg, J.H. & Archer, R.L. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate Self-Disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(6), 1234-1244.
- Minnen, A. van, Wessel, I., Dijkstra, T. & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD Patients' narratives during prolonged exposure therapy: a replication and extension. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 255-258.

- Morawe, P. (2000). Realitätsdiffusion infolge psychischer Folter. Untersuchungshaft durch die Staatssicherheit der DDR. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 381-395.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J. & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR. Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumataerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 413-427.
- Müller, J. & Maercker, A. (2002). Kommunikationsverhalten nach Traumatisierung. Vergleich von Fragebogen- und Textanalysevariablen. *Handlung, Kultur, Interpretation*, 11(2), 308-333.
- Müller J. & Maercker, A. (2003). Prädiktion der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriminalitätsoffern: Die Rolle interpersoneller und soziokognitiver Faktoren. *Zur Veröffentlichung eingereicht*.
- Müller, K.D. (1997). Haftbedingungen für politische Häftlinge in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR und ihre Veränderungen von 1945-1989. In A. Stephan & K.D. Müller (Redaktion). „Die Vergangenheit lässt uns nicht los ...“. Magdeburg: Gedenkstätte für die Opfer politischer Gewalt.
- Murray, E.J. & Segal, D.L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 414-429.
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2000). Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 585-601.
- Niederhoffer, K.G. & Pennebaker, J.W. (2002). Sharing one's story. On the benefits of writing or talking about emotional experiences. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 573-583). New York: Oxford University.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C.G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.

- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A. & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 855-862.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E. & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.
- Nutt, D.J., Davidson, J.R. & Zohar, J. (2000). Posttraumatic stress disorder – future prospects and needs. In D.J. Nutt, J.R. Davidson & J. Zohar (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz.
- Olasov-Rothbaum, B., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Pagel, M.D., Erdly, W.W. & Becker, J. (1987). Social networks: We get by with (and in spite of) a little help from our friends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 793-804.
- Park, C.L. & Blumberg, C.J. (2002). Disclosing trauma through writing: Testing the Meaning-Making Hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 26(5), 597-616.
- Pedhazur, E.J. (1982). Multiple regression in behavioural research: Explanation and prediction. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer.
- Pennebaker, J.W. (1989). Confession, inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Bd. 22, S. 211-244). New York: Academic Press.
- Pennebaker, J.W. (1990). Opening up: the healing powers of confiding in others. New York: Morrow.
- Pennebaker, J.W. (1993^a). Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy*, 31(6), 539-548.

- Pennebaker, J.W. (1993^b). Social mechanisms of constraint. In D.M. Wegner & J.W. Pennebaker (Ed.), *Handbook of mental control* (S. 200-219). Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc.
- Pennebaker J.W. (Ed.), (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association.
- Pennebaker, J.W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science* 8(3), 162-166.
- Pennebaker, J.W., Barger, S.D. & Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 577-589.
- Pennebaker, J.W. & Beall, S.K. (1986). Confronting a traumatic event. Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(3), 274-281.
- Pennebaker J.W. & Francis, M.E. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health Implications for Psychotherapy. *Cognition and Emotion*, 10(6), 627-656.
- Pennebaker, J.W. & Francis, M.E. (1996). Cognitive, emotional, and language processes in disclosure. *Cognition and Emotion*, 10(6), 601-626.
- Pennebaker, J.W. & Harber, K.D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta Earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49(4), 125-145.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J.W., Mayne, T.J. & Francis, M.E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Pennebaker J.W. & O'Heeron, R.C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 473-476.
- Pennebaker, J.W. & Traue, H.C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes. In H.C. Traue & J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, inhibition, and health*, pp. 146-163. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Perrin, S., van Hasselt, V.B., Basilio, I. & Hersen, M. (1996). Assessing the effects of violence on women in battering relationships with the Keane MMPI-PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 805-816.

- Peterson, C. & Seligman, M.E. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 2, 103-116.
- Pitman R.K. (1989). Posttraumatic stress disorder, hormones and memory. *Biological Psychiatry*, 26, 221-223.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Newbury Park: Sage.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L. & Kramer, T.L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 424-430.
- Revenson, T.A., Schiaffino, K.M., Majerovitz, S.D. & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, 807-813.
- Riggs, D.S., Rothbaum, B. & Foa, E.B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(2), 201-214.
- Rimé, B., Mesquita, B., Philippot, P. & Boca, S. (1991). Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion. *Cognition and Emotion*, 5(5), 435-465.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Rosenheck, R. & Fontana, A. (1994). Long-term sequelae of combat in World War II, Korea and Vietnam: A comparative study. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey & C.S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 330-359). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rothbaum, B., Foa, E.B., Murdock, M., Riggs, D.S. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Routbort, J.C. (1998). What happens when you tell: Disclosure, attributions and recovery from sexual assault. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, 5655.

- Schnurr, P.P, Friedman, M.J. & Rosenberg, S.D. (1993). Premilitary MMPI-scores as predictors of combat related PTSD-symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schumacker, R.E., Mount, R.E. & Monahan, M.P. (2002). *Multiple regression and discriminant analysis revisited*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New Orleans.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1997). Posttraumatische Belastungsreaktionen nach kriminellen Gewaltdelikten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie. Forschung und Praxis*, 26(4), 258-268.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (2000): Anger in former East German political prisoners: Relationship to Posttraumatic stress reactions and social support. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 483-489.
- Seagal, D.L., Bogaards, J.A., Becker, L.A. & Chatman, C. (1999). Effects on emotional expression on adjustment to spousal loss among older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 5, 297-310.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness. On depression, development and death*. San Francisco: Freeman and Company.
- Shalev, A.Y. (2000). Posttraumatic stress disorder: diagnosis, history and life-course. In D.J. Nutt, J.R. Davidson & J. Zohar (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz.
- Shalev, A.Y. & Rogel-Fuchs, Y. (1993). Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: From sulfur fumes to behavioural genetics. *Psychosomatic Medicine*, 55, 413-423.
- Sharsky, M. (1997). Emotional consequences of written expression of traumatic and positive experiences. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 58, 2140.
- Sherman, A.M. (2003). Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 56, 247-257.
- Siegel, K., Raveis, V. & Karus, D. (1997). Illness-related support and negative network interactions: Effects on HIV-infected men's depressive symptomatology. *American Journal of Community Psychology*, 25, 395-420.
- Silver, R.C., Wortman, C.B. & Crofton, C. (1990). The role of coping in support provision: The self-presentational dilemma of vic-

- times of life crises. In I.G. Sarason, B.R. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social support. An interactional view* (pp 397-426), New York: Wiley.
- Smyth, J.M. (1998). Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 174-184.
- Smyth, J.M., Anderson, C.F., Hockemeyer, J.R. & Stone, A.A. (2002). Does emotional non-expressiveness or avoidance interfere with writing about stressful life events? An analysis in patients with chronic illness. *Psychology and Health*, 17(5), 561-569.
- Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). Writing about stressful events produces symptom reduction in asthmatics and rheumatoid arthritics: A randomised trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304-1309.
- Snell, W.E., Miller, R.S. & Belk, S.S. (1988). Development of the Emotional Self-Disclosure Scale. *Sex-Roles*, 18(12), 59-73.
- Solomon, S.D. & Smith, E.M. (1994). Social support and perceived control as moderators of responses to dioxin and flood exposure. In R.J. Ursano, B.G. McCaughey et al. (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster: The structure of human chaos* (pp. 179-200). Cambridge: Cambridge University Press.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (1992). Aftermaths of combat stress reactions: A three-year study. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 21-32.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related post-traumatic stress disorder – A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Flum, H. (1989). The implications of life events and social integration in the course of combat-related posttraumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), 41-48.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Habersham, N. (1990). Life events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among combat stress reaction casualties. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 137-148.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Waysman, M. (1991). Delayed and immediate onset posttraumatic stress disorder: The role of life

- events and social support. *Journal of Community Psychology*, 19, 231-236.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SOZU). *Diagnostica*, 37(2), 160-178.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A. & Rosenberg, R. (2000). Social sharing of gulf war experiences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(10), 695-700.
- Spera, S.P., Buhrfeind, E.D. & Pennebaker, J.W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722-733.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L, Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., Sworowski, L.A. & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 875-882.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1998). Die Posttraumatische Belastungsstörung. In H. Reinecker (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie* (3rd revised and extended ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meanings of posttraumatic intrusions in chronic PTSD: *Behavior Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Stein, M.B., Hanna, C., Koverola, C., Torchia, M. & McClarty, B. (1997). Structural brain changes in PTSD. Does trauma alter neuroanatomy? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 76-82.
- Stiles, W.B. (1995). Stories, tacit knowledge, and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 5(2), 125-127.
- Stone, A.A., Smyth, J.M., Kaell, A. & Hurewitz, A. (2000). Structured writing about stressful events: Exploring potential psychological mediators of positive health effects, *Health Psychology*, 19(6), 619-624.
- Stretch, R.H. (1986). Incidence and aetiology of posttraumatic stress disorder among active duty army personnel. *Journal of Applied Social Psychology*, 16(6), 464-481.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E. & von den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 169-178.

- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war affected areas. *Social Science and Medicine*, 48, 1449-1462.
- Taft, C.T., Stern, A.S., King, L.A. & King, D.W. (1999). Modelling physical health status: The role of combat exposure, posttraumatic stress disorder, and personal resource attributes. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 3-23.
- Tait, R. & Silver, R.C. (1989). Coming to terms with major negative life events. In J.S. Uleman & J.A. Bargh (Eds.), *Unintended thought* (pp. 351-382). New York: Guilford.
- Teegen, F. & Müller, J. (2000). Prävalenz Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Pflegekräften auf Intensivstationen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 384-390.
- True, W.R., Rice, J.P., Eizen, S.A., Heath, A.C., Goldberg, J., Lyons, M.J. & Nowak, J. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 50, 257-264.
- Ullmann, S.E. (1996). Social reactions, coping strategies and self-blame attributions in adjustment to sexual assault. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 505-526.
- Ullmann, S.E. (2000). Psychometric characteristics of the Social Reactions Questionnaire: A measure of reactions to sexual assault victims. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 169-183.
- van der Kolk, B.A., Greenberg, M., Boyd, H. & Krystal, J. (1985). Inescapable shock: Neurotransmitters and addiction to trauma: Towards a psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychology*, 20, 314-325.
- Wagner D., Heinrichs, M. & Ehler, U. (1998). Prevalence of PTSD symptoms in professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-173
- Walter, J., Möller, B. & Adam, H. (2000). Vom beredten Schweigen in der Kinder- und Familientherapie mit Flüchtlingsfamilien. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4), 549-560.
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Wegner, D.M. & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.

- Wegner, D.M., Shortt, J.W., Blake, A.W. & Page, M.S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 409-418.
- Weiner, B., Perry, R.P. & Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Weisaeth, L. (1989). Importance of high response rates in traumatic stress research. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*, 355(80), 131-137.
- Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J.P. Wilson, T.M. Keane et al. (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Weltgesundheitsorganisation (1992). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Deutsche Übersetzung und Herausgabe von Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H.. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Wenninger, K. & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 281-300.
- Wethington, E. & Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- Winer, D.L., Bonner, T.O., Blaney, P.H. & Murray, E.B. (1981). Depression and social attractions. *Motivation and Emotion*, 5, 153-166.
- Wolfe, J., Schnurr, P.P., Brown, P.J. & Furey, J.A. (1994). Post-traumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam war veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1235-1240.
- Woodward, J.A. & Overall, J.E. (1976). Factor analysis of rank-ordered data: An old approach revisited. *Psychological Bulletin*, 83(5), 864-867.
- Wortman, C.B. & Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Wortman, C.B., Silver, R.C. & Kessler, R.C. (1993). The meaning of loss and adjustment to bereavement. In M.S. Stroebe, W.

- Stroebe & R.O. Hansson, (Eds.), *Handbook of Bereavement: Theory, Research and Intervention*. New York: Springer.
- Wu Shortt, J. & Pennebaker, J.W. (1992). Talking versus hearing about holocaust experiences. *Basic and Applied Social Psychology*, 13(2), 165-179.
- Yehuda, R. (2000). Neuroendocrinology. In D.J. Nutt, J.R. Davidson & J. Zohar (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz.
- Yehuda, R., Southwick, S.M. & Giller, E.L. (1992). Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 333-336.
- Zeitlin, S.B. & McNally, R.J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.
- Zoellner, L.A., Goodwin, M. & Foa, E.B. (2000). PTSD severity and health perceptions in female victims of sexual assault. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 635-649.
- Zwick, W.R. & Velicer, W.F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychological Bulletin*, 99, 432-442.

12. Anhang

- A. Instruktion, Antwortformat und Items des Fragebogenprototyps des *Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen*
- B. Instruktion, Antwortformat und Items des Fragebogenprototyps des *Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer*.
- C. Instruktion, Antwortformat und Items der *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R).
- D. Instruktion, Antwortformat und Items der *Checkliste zum Tathergang*.
- E. Instruktion, Antwortformate und Items des *Short Form-12-Health Survey* (SF-12).
- F. Instruktion, Antwortformat und Items *Brief Symptom Inventory* (BSI).
- G. Instruktion, Antwortformat und Items des *Fragebogens zur sozialen Unterstützung* (F-SozU).
- H. Instruktion, Antwortformat und Items des *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI).
- I. Instruktion, Antwortformat und Items des *Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen*.
- J. Instruktion, Antwortformat und Items des *Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer*.
- K. Lebenslauf

Anhang A

Instruktion, Antwortformat und Items des Fragebogenprototyps des *Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen*.

Instruktion: Bitte geben Sie an, wie es für Sie persönlich ist, anderen von Dingen zu berichten, die in Zusammenhang mit dem Ereignis stehen. Wie häufig Sie außerdem mit Ihrer Umwelt darüber gesprochen haben oder sprechen, und was mögliche Gründe sind, dass Sie häufig oder selten darüber reden.

Antwortformat: 6-stufiges Antwortformat „stimmt überhaupt nicht“ – „stimmt ganz genau“.

1. Es gibt mehrere Personen, denen ich mehrmals alles genau berichtet habe.
2. Es ist mir wichtig, immer wieder zu erzählen, wie alles passiert ist.
3. Je öfter ich von dem Ereignis erzähle, desto klarer wird das Geschehen für mich.
4. Wenn ich von meinen Erfahrungen spreche, dann versuche ich, mir alles genau vorzustellen.
5. Ich erzähle häufig von Gefühlen wie Angst, Schock, Erniedrigung oder Erstarren.
6. Ich denke wesentlich häufiger über den Vorfall nach, als ich darüber spreche.
7. Wenn ich von dem Ereignis erzähle, dann schockiere ich meine Freunde nur.
8. Die Erfahrungen muss ich mit mir selbst klarmachen.
9. Ich habe niemandem von dem Vorfall erzählt.
10. Viel wichtiger, als das genaue Ereignis zu schildern ist es mir, meine Gefühle in der Situation zu verdeutlichen.
11. Ich habe das Bedürfnis, sehr oft von dem Vorfall zu sprechen.
12. Mit meinem Partner/meiner Partnerin diskutiere ich völlig offen über den Vorfall.
13. Wenn ich jemandem etwas erzähle, dann erzähle ich nur einen Teil dessen, was passiert ist.
14. Ich schildere die Dinge, die passiert sind nur in Stichworten.
15. Wie alles genau geschehen ist, habe ich selbst erst durch wiederholtes Schildern des Ablaufes nachvollziehen können.
16. Oft versagt meine Stimme, wenn ich meine Erfahrungen ausführlich beschreibe.
17. Ich erzähle häufig, wie hilflos ich mich in der Situation gefühlt habe.
18. Nachdem ich jemandem von dem Vorfall erzählt habe, bin ich immer

- ganz erschöpft.
19. Ich lasse ganz gezielt Einzelheiten weg, wenn ich meinen Freunden über den Vorfall berichte.
 20. Ich schweige oft, weil ich meinen Mitmenschen die genaue Schilderung des Vorfalls auf mich ersparen will.
 21. Ich behalte meine Erfahrungen lieber für mich.
 22. Es würde mir nicht weiterhelfen, wenn ich jemandem von dem Vorfall erzählen würde.
 23. Ich habe den Vorgang und alles, was danach passiert ist, genau aufgeschrieben (Tagebuch, Briefe etc.).
 24. Mir ist es wichtig, immer wieder über den Vorfall sprechen zu können.
 25. Ich habe noch nie mit irgend jemandem über das Ereignis gesprochen.
 26. Ich finde es schwer, mit jemandem über den Vorfall zu sprechen.
 27. Was meine Erfahrungen angeht, bin ich sehr verschwiegen.
 28. Ich finde nie die passende Gelegenheit, meine Erfahrungen während des Vorfalls mitzuteilen.
 29. Je häufiger ich von dem Vorfall erzähle, desto besser kann ich die Gefühle, die ich währenddessen hatte, mitteilen.
 30. Oft lasse ich Details in meinen Erzählungen vom Vorfall weg.
 31. Es gibt immer wieder einen Anlass, den Vorfall zu erzählen.
 32. Ich fühle mich extrem gespannt, während ich von dem Vorfall erzähle.
 33. Nachdem ich alles erzählt habe, fühle ich mich ganz erleichtert.
 34. Ich habe schon oft mit verschiedenen Leuten über den Vorfall diskutiert.
 35. Es ist mir angenehmer, nicht über den Vorfall zu sprechen.
 36. Je weniger ich über den Vorfall rede, desto schneller kann ich ihn vergessen.
 37. Ich möchte meine Familie nicht belasten, indem ich ihnen von dem Vorfall erzähle.
 38. Es fällt mir sehr leicht, über meine Erfahrungen zu reden.
 39. Es drängt mich dazu, immer wieder über meine Erlebnisse zu berichten.
 40. Ich möchte am liebsten nur über den Vorfall sprechen.
 41. Meine Freunde halten mir vor, dass ich immer nur von dem Vorfall spreche.
 42. Der Vorfall ist zur Zeit mein häufigstes Gesprächsthema.
 43. Es fällt mir schwer, ganz genau vom Vorfall zu sprechen.
 44. Durch das Erzählen sind mir mit der Zeit Details des Ereignisses wieder eingefallen, an die ich mich direkt danach nicht erinnern konnte.
 45. Ich schildere immer den ganzen Vorgang und lasse nichts gezielt aus.
 46. Wenn ich den Vorfall schildere, hört sich das an, wie ein Dialog aus einem Theaterstück (z.B. „der ... hat ... gesagt“, „Ich habe ... gemacht“).
 47. Bei der Darstellung, wie ich inhaftiert war, werde ich sehr traurig.
 48. Ich möchte meine Familie durch allzu genaue Beschreibungen des Vorfalls nicht belasten.
 49. Ich schildere immer alle Einzelheiten ganz genau.

- 50. Wenn ich den Vorfall genau darstelle, dann fühle ich mich in das Geschehen zurückversetzt.
- 51. Beim Schildern des Vorfalls bekomme ich richtig Herzklopfen, Schweißausbrüche oder fange an zu zittern.
- 52. Ich mache mir zwar viele Gedanken über meine Erfahrungen, spreche aber kaum darüber.
- 53. Ich habe niemandem erzählt, wie alles genau passiert ist.
- 54. Ich möchte andere durch Schilderung des Vorfalls nicht entsetzen.

Anhang B

Instruktion, Antwortformat und Items des Fragebogenprototyps des *Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer*.

Instruktion: Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie sich nach dem Ereignis durch Ihre Familie, Freunde und Bekannte unterstützt fühlten. Treffen die nachfolgenden Aussagen auf die Reaktionen Ihrer Umwelt zu? Bitte beurteilen Sie dies von Ihrem heutigen Standpunkt aus.

Antwortformat: 6-stufiges Antwortformat „stimmt überhaupt nicht“ – „stimmt ganz genau“

1. Meine Freunde nehmen das, was ich durchgemacht habe, ernst.
2. Aufgrund des Vorfalls, werde ich in dem Ort, in dem ich lebe, geachtet.
3. Ich wurde auf der Straße von mir fremden Menschen angesprochen, die mir ihre Anteilnahme versicherten.
4. Nach der Entlassung schickten mir viele Menschen Blumen oder versuchten, mir sonst eine Freude zu machen.
5. Viele meiner Bekannten reagierten gefühllos.
6. In meinem Wohnort erregte der Vorfall Aufmerksamkeit.
7. Bedeutende Personen des öffentlichen Lebens in meinem Wohnort (z.B. Bürgermeister, Pfarrer) haben nach dem Vorfall ihre Anteilnahme mir gegenüber ausgedrückt.
8. Mir wird Glauben geschenkt.
9. In meinem Wohnort werde ich seit dem Vorfall geachtet.
10. Die meisten Menschen können nicht verstehen, was ich durchgemacht habe.
11. Irgendwie bin ich seit dem Vorfall nicht mehr „normales“ Mitglied der Gesellschaft.
12. Für eventuelles Fernbleiben von der Arbeit hatte mein Chef völliges Verständnis.
13. Die Menschen aus meinem Wohnort zollen mir seit dem Vorfall mehr Respekt.
14. Der Staat tut alles, um Opfern politischer Gewalt zu helfen, in das gesellschaftliche Leben zurückzukehren.
15. In der Gesellschaft wird viel getan, um Opfern politischer Haft zu helfen, ihre Erfahrungen zu verarbeiten.
16. Ich fühle mich unverstanden.
17. An meinen Erfahrungen wird zu wenig Anteil genommen.
18. Ich fühle mich ernst genommen.
19. Meine Wut und Enttäuschung werden verstanden.
20. Ich werde respektiert für das, was ich durchgemacht habe.

21. Die Einzigen die mich richtig verstehen, sind Menschen, denen Ähnliches auch schon passiert ist.
22. Meine Familie findet meine Reaktion nach dem Vorfall übertrieben.
23. Ich habe oft das Gefühl, meine Familie glaubt mir meine Erfahrungen nicht.
24. Die meisten Leute können sich nicht vorstellen, wie schwierig es ist, einfach ein „normales“ Alltagsleben fortzusetzen.
25. Meine Familie leidet mit mir mit.
26. In meiner Familie werden meine Erfahrungen unterschätzt.
27. Ein Mitglied meiner Familie hat in den ersten Tagen nach der Entlassung frei genommen, um mehr Zeit für mich zu haben.
28. Meine Familie findet alles halb so schlimm.
29. Meine Familie hat das Gefühl, sie müsse mich beschützen.
30. In meiner Familie herrschte Entsetzen und Sorge, nachdem sie erfahren hatte, dass ich inhaftiert wurde.
31. Meiner Familie ist es unangenehm, über meine Erfahrungen zu sprechen.
32. Meine Familie zeigte viel Verständnis für meine Verfassung nach dem Vorfall.
33. Meine Freunde nahmen Anteil an meinen Erfahrungen.
34. In meinem Bekanntenkreis ist man der Meinung, ich dramatisiere den Vorfall.
35. Die Reaktionen meiner Bekannten waren hilfreich.
36. Mein Chef/Vorgesetzter hat mich sofort angerufen, nachdem er vom Vorfall erfahren hatte.
37. In den ersten Tagen nach dem Ereignis haben mir viele ihre Hilfe angeboten.
38. Nachdem ich meinen Freunden von dem Vorfall erzählt habe, hat sich ihr Verhalten mir gegenüber verändert.
39. Die mitleidigen Blicke aus dem Bekanntenkreis stören mich.
40. Meine Freunde zeigen viel Mitgefühl.
41. Viele meiner Bekannten vermeiden es, mich auf meine Erfahrungen anzusprechen.
42. Meine Freunde vermeiden es, mit mir über den Vorfall zu sprechen.
43. Meine Freunde tun das Problem ab.
44. Meine Freunde waren bestürzt, dass ich Opfer politischer Gewalt wurde.
45. Nachdem sie von dem Vorfall erfahren hatten, haben meine Freunde mich sofort besucht und angerufen.
46. Seit dem Vorfall geben mir alle ständig irgendwelche Ratschläge.
47. Meine Freunde unterschätzen die Bedeutung des Vorfalls auf mein weiteres Leben völlig.
48. Das Mitleid meiner Freunde hilft mir nicht.
49. Ich habe das Gefühl, an dem Ort, an dem ich lebe aufgrund des Vorfalls geachtet zu werden.

Anhang C

Instruktion, Antwortformat und Items der *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R).

Instruktion: Denken Sie bitte an die auf Sie verübte kriminelle Tat. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie in der vergangenen Woche zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

Antwortformat: 3-stufige Skala, Häufigkeit des Auftretens: „überhaupt nicht“, „manchmal“, „häufig“ und „oft“.

1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bisschen wie abgestumpft.
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.
15. Ich konnte nicht einschlafen.
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.
20. Ich träumte davon.
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.

Anhang D

Instruktion, Antwortformat und Items der Checkliste zum Tathergang.

Instruktion: Bitte beschreiben Sie nun die Tat, deren Opfer Sie wurden.

Antwortformat der Items 5-12: 4-stufige Skala „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft etwas zu“, trifft ziemlich zu“, „trifft ganz genau zu“.

1. Die Tat dauerte _____ Minuten.
2. Das Ereignis fand vor _____ Monaten statt
3. Außer mir gab es noch _____ andere Opfer.
4. Die Anzahl der Täter war _____.
5. Der Angreifer war gewalttätig.
6. Ich wurde mit folgenden Waffen bedroht:
 - a) Gewehr, Pistole
 - b) Messer
 - c) Stock/Baseballschläger
 - d) Schlagring
 - e) schwerer Gegenstand
 - f) andere: _____
7. Die Waffe wurde gegen mich eingesetzt.
8. Ich wurde während der Tat verletzt.
9. Der bzw. die Täter bedrohten mich mit Worten.
10. Während des Geschehens ...
 - a) hatte ich starke Angst.
 - b) fühlte ich mich hilflos.
 - c) war ich entsetzt.
 - d) war ich sehr aufgewühlt.
11. Nach dem Ereignis benötigte ich medizinische Hilfe.
12. Wegen der seelischen Folgen war ich (ambulant/stationär)
 - a) bei einem Arzt (ja/nein; von ... bis ...)
 - b) in Psychotherapie (ja/nein; von ... bis ...)
 - c) Sonstiges ...

Anhang E

Instruktion, Antwortformate und Items des *Short Form-12-Health Survey* (SF-12).

Instruktion: In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie sie sich fühlen und, wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Zahl an.

Items	Antwortformat
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben? (ausgezeichnet –schlecht)	5 stufig; ausgezeichnet – schlecht
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	5 stufig; ausgezeichnet – schlecht
3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? a) anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben. b) mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen. c) inkaufstaschen heben oder tragen. d) mehrere Treppenabsätze steigen. e) einen Treppenabsatz steigen. f) sich beugen, knien, bücken. g) mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen. h) mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen. i) eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen. j) sich baden oder anziehen.	3-stufig; ja, stark eingeschränkt – nein, überhaupt nicht eingeschränkt

- | | |
|--|--|
| <p>4. Hatten Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgend-welche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p> <p>a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.</p> <p>b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte.</p> <p>c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.</p> <p>d) Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen).</p> | <p>ja/nein</p> |
| <p>5. Hatten Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p> <p>a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein.</p> <p>b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte</p> <p>c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten</p> | <p>ja/nein</p> |
| <p>6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt</p> | <p>5-stufig; überhaupt nicht – sehr</p> |
| <p>7. Wie stark waren Ihre Schmerzen <u>in den vergangenen 4 Wochen</u>?</p> | <p>5-stufig; keine Schmerzen – stark</p> |
| <p>8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?</p> | <p>5-stufig; überhaupt nicht – sehr</p> |
| <p>9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <u>in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist</u>. Wie oft waren Sie <u>in den vergangenen 4 Wochen</u>...</p> <p>a) ...voller Schwung?</p> <p>b) ...sehr nervös?</p> <p>c) ...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?</p> <p>d) ...ruhig und gelassen?</p> <p>e) ...voller Energie?</p> <p>f) ...entmutigt und traurig?</p> <p>g) ...erschöpft?</p> <p>h) ...glücklich?</p> <p>i) ...müde?</p> | <p>6-stufig; immer – nie</p> |

- | | |
|---|---|
| <p>10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <u>in den vergangenen 4 Wochen</u> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?</p> | <p>5-stufig; immer – nie</p> |
| <p>11. Inwieweit trifft <u>jede</u> der folgenden Aussagen auf Sie zu?</p> <p>a) Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.</p> <p>b) Ich bin genau so gesund wie alle anderen, die ich kenne.</p> <p>c) Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.</p> <p>d) Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.</p> | <p>5-stufig; trifft ganz zu – trifft überhaupt nicht zu</p> |
| <p>12. Wie beschreiben Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich mit anderen Personen Ihres Alters und Ihres Geschlechts?</p> | <p>5-stufig; viel besser – schlechter</p> |

Anhang F

Instruktion, Antwortformat und Items des *Brief Symptom Inventory* (BSI).

Instruktion: Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten 7 Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Antwortformat: 5 stufige Skala: „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“, „sehr stark“.

1. Nervosität oder innerem Zittern.
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen.
3. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat.
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind.
5. Gedächtnisschwierigkeiten.
6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein.
7. Herz- und Brustschmerzen.
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße.
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen.
10. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann.
11. schlechtem Appetit.
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund.
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren.
14. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind.
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen.
16. Einsamkeitsgefühlen.
17. Schwermut.
18. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren.
19. Furchtsamkeit.
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen.
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können.
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen.
23. Übelkeit oder Magenverstimmung.
24. dem Gefühl, dass andere sie beobachten oder über Sie reden.

25. Einschlafschwierigkeiten.
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun.
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden.
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug.
29. Schwierigkeiten beim Atmen.
30. Hitzewallungen oder Kälteschauer
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt.
32. Leere im Kopf.
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen.
34. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten.
35. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft.
36. Konzentrationsschwierigkeiten.
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen.
38. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein.
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben.
40. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen.
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern.
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen.
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino.
44. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können.
45. Schreck- oder Panikanfällen.
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten.
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden.
48. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere.
49. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können.
50. dem Gefühl, wertlos zu sein.
51. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden.
52. Schuldgefühlen.
53. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist.

Anhang G

Instruktion, Antwortformat und Items des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (F-SozU).

Instruktion: In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn: Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Antwortformat: 5-stufig „stimmt nicht“, „stimmt eher nicht“, „stimmt teilweise“, „trifft zu“, „stimmt genau“.

1. Ich finde ohne weiteres jemanden, der sich um meine Wohnung (z.B. Blumen, Haustiere, Post) kümmert, wenn ich mal nicht da bin.
2. Es gibt Menschen, die mich ohne Einschränkung so nehmen, wie ich bin.
3. Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.
4. Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.
5. Bei Bedarf kann ich mir ohne Probleme bei Freunden oder Nachbarn etwas ausleihen.
6. Ich habe Freunde/Angehörige, die sich auf jeden Fall Zeit nehmen und gut zuhören, wenn ich mich aussprechen möchte.
7. Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.
8. Ich habe Freunde/Angehörige, die mich einfach mal umarmen.
9. Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freunde/Angehörige bitten, wichtige Dinge (z.B. Einkaufen) für mich zu erledigen.
10. Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich damit ohne weiteres gehen kann.
11. Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.
12. Bei manchen Freunden/Angehörigen kann ich auch mal ganz ausgelassen sein.
13. Ich habe einen vertrauten Menschen, in dessen Nähe ich mich ohne Einschränkung wohl fühle.
14. Es gibt eine Gruppe von Menschen (Freundeskreis, Clique), zu der ich gehöre und mit denen ich mich häufig treffe.

Anhang H

Instruktion, Antwortformat und Items des *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI).

Instruktion: In diesem Fragebogen finden Sie eine Reihe von Gedanken, die Menschen nach traumatischen Erlebnissen wie Gewalttaten oder schweren Unfällen haben können. Wir interessieren uns dafür, welche Gedanken Sie im letzten Monat in bezug auf Ihr traumatisches Erlebnis hatten. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie im letzten Monat dieser Aussage zugestimmt haben oder anderer Meinung waren. Menschen unterscheiden sich stark in ihren Reaktionen auf traumatische Ereignisse; es gibt keine richtigen oder falschen Antworten in diesem Fragebogen.

Antwortformat: 7-stufige Skala „völlig anderer Meinung“, „stark anderer Meinung“, „eher anderer Meinung“, „neutral“, „stimme ein wenig zu“, „stimme stark zu“, „stimme völlig zu“.

1. Meine Reaktionen auf das Erlebnis zeigen, dass ich verrückt werde.
2. Jemand anderes hätte verhindert, dass das Trauma passierte.
3. Ich fühle mich wie ein Ding und nicht wie ein menschliches Wesen.
4. Ich muss immer auf der Hut sein.
5. Mir kann nichts Gutes mehr passieren.
6. Ich werde meinen Ärger nicht unter Kontrolle behalten und werde etwas Schreckliches tun.
7. Das Trauma passierte, weil ich die Person bin, die ich bin.
8. Die Welt ist gefährlich.
9. Ich erkenne mich selbst nicht wieder.
10. Wenn ich an das Ereignis denke, werde ich es nicht ertragen können.
11. Anderen Menschen kann man nicht vertrauen.
12. Mein Leben wurde durch das Ereignis zerstört.
13. Jemand anderes wäre nicht in diese Situation geraten.
14. Ich werde nicht einmal mit der kleinsten Widrigkeit fertig.
15. Ich fühle mich innerlich tot.
16. Andere Menschen sind nicht so, wie sie zu sein scheinen.
17. Ich kann mich nicht auf mich verlassen.
18. Mit mir stimmt etwas nicht.
19. Ich werde nie mehr normale Gefühle empfinden können.
20. Ich muss ganz besonders vorsichtig sein, weil man nie wissen kann, was als Nächstes passiert.
21. Meine Reaktionen auf das Erlebnis zeigen, dass ich mit Schwierigkeiten nicht fertig werde.

22. Ich bin unzulänglich.
23. Man kann nie wissen, wer einem Schaden zufügen wird.
24. Ich fühle mich isoliert und von anderen entfremdet.
25. Ich habe keine Zukunft.
26. Ich habe etwas an mir, was zu dem Ereignis führte.
27. Ich habe mich dauerhaft zum Schlechten verändert.
28. Ich kann mich auf andere Menschen nicht verlassen.
29. Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass ich das Richtige tue.
30. Ich bin schwach.
31. Das Ereignis passierte aufgrund der Art und Weise, wie ich mich verhalten habe.
32. Ich war vorher glücklich, aber jetzt bin ich immer unglücklich.
33. Ich kann nicht verhindern, dass mir etwas Schlimmes zustößt.
34. Ich werde die Gedanken an das Ereignis nicht ertragen können und werde zusammenbrechen.
35. Ich werde meine Gefühle nicht kontrollieren können und etwas Schreckliches wird passieren.
36. Man weiß nie, wann etwas Schreckliches passieren wird.
37. Ich sollte schon längst darüber hinweg sein.
38. Meine Reaktionen seit dem Ereignis zeigen, dass ich den Verstand verliere.
39. Meine Reaktionen seit dem Ereignis zeigen, dass ich nie darüber hinweg kommen werde.
40. Meine Reaktionen seit dem Ereignis zeigen, dass mit mir etwas Schwerwiegendes nicht stimmt.
41. Ich werde vor lauter Ärger durchdrehen.
42. Wenn ich mich innerlich wie betäubt fühle bedeutet das, dass ich nie mehr mit der Welt/meiner Umgebung in Verbindung stehen werde.
43. Etwas Entsetzliches wird passieren, wenn ich nicht versuche, meine Gedanken über das Ereignis zu kontrollieren.
44. Wenn ich meine Gedanken und Gefühle über das Ereignis nicht unter Kontrolle bringen kann, werde ich verrückt.
45. Wenn ich Dinge nach dem Ereignis vermeide, bin ich ein Feigling.
46. Wenn ich nicht alle meine Ängste überwinden kann, bedeutet das, dass ich ein Versager bin.
47. Wenn ich meine Gefühle nicht kontrollieren kann, werde ich zusammenbrechen.
48. Meine Reaktionen seit dem Ereignis zeigen, dass ich mich als Mensch zum Schlechten verändert habe.

Anhang I

Items des Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen.

Instruktion und Antwortskala siehe Anhang A *Fragebogenprototyp des „Fragebogens zum Offenlegen traumatischer Erfahrungen“*.

1. Es gibt mehrere Personen, denen ich mehrmals alles genau berichtet habe.
2. Es ist mir wichtig, immer wieder zu erzählen, wie alles passiert ist.
3. Je öfter ich von dem Vorfall erzähle, de-sto klarer wird das Geschehen für mich.
4. Wenn ich von meinen Erfahrungen spreche, dann versuche ich, mir alles genau vorzustellen.
5. Ich erzähle häufig von Gefühlen wie Angst, Schock, Erniedrigung oder Erstarren.
6. Ich denke wesentlich häufiger über den Vorfall nach, als ich darüber spreche.
7. Wenn ich von dem Vorfall erzähle, dann schockiere ich meine Zuhörer nur.
8. Die Erfahrungen muss ich mit mir selbst klarmachen.
9. Ich habe niemandem von dem Vorfall erzählt.
10. Viel wichtiger, als das genaue Ereignis zu schildern ist es mir, meine Gefühle in der Situation zu verdeutlichen.
11. Ich habe das Bedürfnis, sehr oft von dem Vorfall zu sprechen.
12. Ich schildere die Dinge, die passiert sind nur in Andeutungen.
13. Oft versagt meine Stimme, wenn ich meine Erfahrungen ausführlich beschreibe.
14. Ich erzähle häufig, wie hilflos ich mich in der Situation gefühlt habe.
15. Nachdem ich jemandem von dem Vorfall erzählt habe, bin ich immer ganz erschöpft.
16. Es würde mir nicht weiterhelfen, wenn ich jemandem von dem Vorfall erzählen würde.
17. Ich finde es schwer, mit jemandem über den Vorfall zu sprechen.
18. Ich finde nie die passende Gelegenheit, meine Erfahrungen während des Vorfalls mitzuteilen.
19. Je häufiger ich von dem Vorfall erzähle, desto besser kann ich die Gefühle mitteilen, die ich während der Situation hatte.
20. Oft lasse ich Details in meinen Erzählungen vom Vorfall weg.
21. Ich fühle mich extrem gespannt, während ich von dem Vorfall erzähle.
22. Nachdem ich alles erzählt habe fühle ich mich ganz erleichtert.
23. Es ist mir angenehmer, nicht über den Vorfall zu sprechen.
24. Ich möchte meinen Partner, meine Familie/Freunde nicht belasten, in-

- dem ich ihnen von dem Vorfall erzähle.
25. Es fällt mir sehr leicht, über meine Erfahrungen zu reden.
 26. Es drängt mich dazu, immer wieder über meine Erlebnisse zu berichten.
 27. Ich möchte am liebsten sehr oft über den Vorfall sprechen.
 28. Meine Familie/Freunde halten mir vor, dass ich immer nur von dem Vorfall spreche.
 29. Es fällt mir schwer, ganz genau vom Vorfall zu sprechen.
 30. Bei der Darstellung, des Vorfalls werde ich sehr traurig.
 31. Wenn ich den Vorfall genau darstelle, dann fühle ich mich in das Geschehen zurückversetzt.
 32. Beim Schildern des Vorfalls bekomme ich richtig Herzklopfen, Schweißausbrüche oder fange an zu zittern
 33. Ich mache mir zwar viele Gedanken über meine Erfahrungen, spreche aber kaum darüber.
 34. Ich habe niemandem erzählt, wie alles genau passiert ist.

Anhang J

Items des Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer.

Instruktion und Antwortskala siehe Anhang B *Fragebogenprototyp des „Fragebogens zur Gesellschaftlichen Wertschätzung als Opfer“*.

1. Die meisten Menschen können nicht verstehen, was ich durchgemacht habe.
2. Irgendwie bin ich seit dem Vorfall nicht mehr „normales“ Mitglied der Gesellschaft.
3. Die Menschen aus meinem Wohnort haben seit dem Vorfall mehr Achtung vor mir.
4. An meinen Erfahrungen wird zu wenig Anteil genommen.
5. Die Einzigen die mich richtig verstehen, sind Menschen, denen Ähnliches auch schon passiert ist.
6. Meine Familie findet meine Reaktion nach dem Vorfall übertrieben.
7. Die meisten Leute können sich nicht vorstellen, wie schwierig es ist, einfach ein „normales“ Alltagsleben fortzusetzen.
8. In meiner Familie werden meine Erfahrungen unterschätzt.
9. Meine Familie hat das Gefühl, sie müsse mich beschützen.
10. Meiner Familie ist es unangenehm, über meine Erfahrungen zu sprechen.
11. Meine Familie zeigte viel Verständnis für meine Verfassung nach dem Vorfall.
12. Meine Freunde nahmen Anteil an meinen Erfahrungen.
13. Die Reaktionen meiner Bekannten waren hilfreich.
14. In den ersten Tagen nach dem Vorfall haben mir viele ihrer Hilfe angeboten.
15. Bedeutende Personen des öffentlichen Lebens aus meinem Wohnort (z.B. Bürgermeister, Pfarrer) haben mir nach dem Vorfall ihre Anteilnahme ausgedrückt.
16. Für eventuelles Fernbleiben von der Arbeit hatte mein Chef/meine Kollegen völliges Verständnis.

Anhang K

Lebenslauf Julia Müller

Geboren: 13.06.1973 in Tübingen (Deutschland)

Familienstand ledig

Nationalität: deutsch

Akademische Tätigkeiten

Assistentin/Doktorandin an der Universität Zürich (Prof. Dr. U. Ehler, Prof. Dr. Dr. A. Maercker), Fachbereich Klinische Psychologie, Lehrstuhl II. seit März 2002

Mitglied des Organisationskomitees der „VIII European Conference on Traumatic Stress“ (ECOTS), Berlin, 22.-25. Mai 2003. seit 2001

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im DFG-Projekt „Interpersonelle und sozial-kognitive Faktoren der Gesundung von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Opfern krimineller Gewalt“ an der TU Dresden (Prof. Dr. Dr. A. Maercker). seit Oktober 2000

Assistentin/Doktorandin an der Technischen Universität Dresden, Fachbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie. Oktober 1999 bis Februar 2002

Psychotherapeutische Tätigkeiten

Eintrag in das deutsche Arztregister. Januar 2003

Abschluss der Psychotherapie-Weiterbildung (Note „sehr gut“) und Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (gemäß Psychotherapeuten-Gesetz der Bundesrepublik Deutschland). Oktober 2002

Psychotherapeutin in der Psychotherapie Tagesklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste der Universität Bern, Schweiz. März 2002 bis August 2002

Psychotherapeutische Tätigkeiten (Fortsetzung)

Psychotherapeutin in der Institutsambulanz und Tagesklinik der TU Dresden.	Oktober 2000 bis Februar 2002
Psychotherapeutin auf der Geronto-Psychotherapiestation des Psychiatrischen Kantonsspitals Münsterlingen, Schweiz.	Juli 2000 bis September 2000
Postgraduale Weiterbildung „Psychologische Psychotherapie“ (Schwerpunkt Kognitive Verhaltenstherapie) an der TU Dresden.	Oktober 1999 bis Oktober 2002

Studium

Studium der Psychologie an der Universität Hamburg (Diplomnote „sehr gut“).	1993 bis 1999
Schwerpunkte: Klinische Psychologie, Pädagogische Psychologie.	
Berufspraktika: Suchtambulanz des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll, Hamburg.	
Madras Medical College, Department of Psychiatry, Madras/Indien.	
Diplomarbeit: Extremlastungen im Berufsalltag von Pflegekräften auf Intensivstationen – Traumaexposition, Belastungsstörungen und Bewältigungsstrategien.	
Studium der Komparatistik (Literaturwissenschaften), Romanistik und Psychologie an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen.	1992 bis 1993

Schule

Rhein-Maas-Gymnasium, Aachen (Abiturnote „gut“).	1990 bis 1992
Leistungskurs Deutsch, Französisch.	
Otilie-Wildermuth-Gymnasium, Tübingen (Musischer Zweig).	1983 bis 1990

Praktische Tätigkeiten

Initiatorin einer pädagogisch-psychologischen Schülerhilfe für Kinder aus Asylbewerberfamilien in Hamburg, sowie dortige Tätigkeit.	1995 bis 1996
Projektmitarbeit beim „Aachener Kinder-Zirkus Pinocchio“ in Flüchtlingslagern in Bosnien (2 Monate).	1999
Neugeborenen-Station, Luisenhospital Aachen (2 Monate).	1992
Allgemeinchirurgie, Luisenhospital, Aachen (2 Monate).	1991

Persönliche Interessen

- Reisen,
- Tango Argentino,
- Wandern und Klettern,
- Literatur, Kino, Theater.